

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le rétablissement des adolescents vivant avec un trouble de santé mentale : Une analyse de
concept selon la méthode de Walker et Avant

par

Marilyn Pineault

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maitre ès sciences (M. Sc.)

Psychoéducation

Juillet 2020

© Marilyn Pineault, 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le rétablissement des adolescents vivant avec un trouble de santé mentale : Une analyse de
concept selon la méthode de Walker et Avant

par

Marilyn Pineault

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Anne-Marie Tougas
Université de Sherbrooke

Directrice de la recherche

Luc Touchette
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Geneviève Paquette
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Mémoire accepté le 12 Juillet 2020

SOMMAIRE

Les troubles de santé mentale (TSM) touchent une grande partie de la population, et ce dès un très jeune âge (Gouvernement du Canada, 2006). Ceux-ci auraient un impact considérable sur l'individu et sur la société, lequel se manifeste par des conséquences sur les plans tant physique, psychologique, social que sociétal (Allison et al., 2009; Mental health commission of Canada, 2013; Smetin et al., 2011). Ces conséquences seraient encore plus importantes auprès des jeunes vivant avec un TSM, puisque la précocité de ce dernier augmente le risque d'en présenter ultérieurement un autre ou de développer d'autres problèmes de santé (Mental health commission of Canada, 2013; Smetanin et al., 2011). Afin de diminuer les conséquences associées aux TSM et de favoriser le rétablissement des jeunes, des interventions ajustées à leurs spécificités développementales devraient être mises en place tôt auprès de ces derniers.

Bien que le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 (Gouvernement du Québec, 2015) propose des balises pour ajuster les interventions aux besoins des personnes qui vivent avec un TSM, très peu d'informations permettent d'identifier les spécificités à mettre en œuvre lorsqu'il est question de la population de 18 ans et moins. Il en est de même pour le modèle CHIME développé par Leamy et al. (2011), modèle reconnu dans les écrits scientifiques, qui met en évidence les dimensions mesurables du rétablissement qui s'opèrent durant le processus, mais dont on peut questionner son application aux jeunes puisqu'il a été développé uniquement à partir d'une recension ciblant les adultes. Or, les jeunes présentent des particularités sur le plan de leur développement social et identitaire qui annoncent des besoins différents à combler (Lannegrand-Willems, 2012; Strassen Berger et Bureau, 2012). De ce fait, l'intervention en faveur du

rétablissement des jeunes pose des défis particuliers, car elle mérite d'être adaptée à leurs spécificités développementales.

Le présent mémoire se veut être en cohérence avec l'approche axée sur le rétablissement promû dans les systèmes de santé grâce au PASM 2015-2020. Il souhaite permettre une avancée sur le plan des connaissances entourant le concept de rétablissement d'un TSM, tel qu'il se définit en contexte d'intervention auprès d'une population adolescente. De ce fait, le présent mémoire aura pour objectif de dégager une définition opérationnelle et holistique du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM. Ensuite, un second objectif s'intéressera à l'exploration des résultats découlant de la méthodologie ciblée à la lumière du modèle CHIME, soit en les comparant aux composantes de ce dernier afin d'en faire ressortir les similarités et les différences. Étant non-conventionnel, ce mémoire se veut innovant dans la discipline de la recherche en psychoéducation. Plus précisément, ce mémoire recourt à la méthode de l'analyse de concept selon Walker et Avant (2011), qui se veut être une méthodologie très pertinente pour répondre aux questions de recherche ciblées, mais qui demeure peu connue à l'intérieur de cette discipline.

Afin de construire un corpus de données à analyser, une recension des écrits a été réalisée à l'intérieur de sept banques de données informatisées. Cette recension incluait toute étude qui contenait soit une définition du concept de rétablissement, une façon d'utiliser le concept, des caractéristiques appartenant au concept, des caractéristiques précédant la présence du concept ou qui en découlent ainsi que des indicateurs permettant de mesurer le concept tel qu'il s'applique à une population adolescente. De cette recension, 56 études ont été sélectionnées afin d'être incluses

dans l'analyse de concept. Par la suite, la réalisation de l'ensemble des étapes de l'analyse de concept a permis de mettre en évidence les neuf caractéristiques fondamentales du concept soit l'espoir, l'empowerment, le réseau de soutien positif, l'identité, le sens donné à son expérience, l'ajustement des buts, le développement de forces et habiletés, le développement de stratégies d'adaptation ainsi que l'inscription dans un processus de changement. Pour conclure, l'ensemble des caractéristiques fondamentales ont été mises en comparaison avec un modèle conceptuel (modèle CHIME de Leamy et al., 2011) ayant défini le rétablissement chez les adultes. Cette comparaison a permis de mettre en évidence que le développement de l'adolescent peut impliquer des distinctions dans le processus de rétablissement en raison de sa période de développement où il est plus sensible et où l'interaction avec son environnement à une importance clé dans la construction de son identité (Casey et Jones, 2010; Leavey, 2005). Notamment, des différences se retrouvent dans l'importance portée au sentiment de confiance et de sécurité envers son réseau de soutien, au sentiment de contrôle sur sa vie ou sur le TSM, à l'amélioration de son estime, à une définition de soi plutôt qu'une reconstruction de son identité, à la compréhension de son TSM, au développement de stratégies d'adaptation et à l'inscription dans un processus de changement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE	3
1. LES TSM ET L'ORIENTATION DES INTERVENTIONS VERS LE RÉTABLISSEMENT.	3
1.1 Les TSM et leurs conséquences dans la population générale	3
1.2 Les TSM et leurs conséquences chez les jeunes	5
1.3 Le Plan d'action en santé mentale pour orienter les interventions en matière de santé mentale	6
DEUXIÈME CHAPITRE. CADRE DE LA RECHERCHE	9
1. L'ESSOR DU CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT	9
2. LES TRAVAUX DE RECENSION DE LEAMY, BIRD, LE BOUTILLER, WILLIAMS ET SLADE (2011) SUR LA DÉFINITION DU RÉTABLISSEMENT PERSONNEL	11
2.1 Méthodes de recension.....	11
2.2 Évaluation de la qualité.....	12
2.3 Analyses réalisées	13
2.4 Résultats de la recension	15
2.4.1 Provenance et types de documents retenus	15
2.4.2 Population à l'étude.....	15
2.4.3 Développement du cadre conceptuel	16
2.4.4 Résultats	17
2.5 Les forces et limites des travaux de Leamy et al. (2011).....	21
2.5.1 Forces du modèle conceptuel CHIME de Leamy et al. (2011).....	21
2.5.2 Limites du modèle conceptuel CHIME de Leamy et al. (2011)	21
2.6 La perspective écologique de Bronfenbrenner (1979).....	25
2.7 Synthèse	27
3. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L'ÉTUDE	29
TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODE ET RÉSULTATS	30
1. L'ANALYSE DE CONCEPT	30
1.1 La méthode de Walker et Avant (2011).....	31

1.2	Sélectionner le concept : Étape 1	32
1.3	Définir le but de l'analyse : Étape 2	34
1.4	Établir les différents usages : Étape 3	35
1.4.1	Description de l'établissement des usages	35
1.4.2	La recension des écrits : création de la base de données.....	36
1.4.3	L'extraction des données.....	39
1.4.4	Les définitions du concept	41
1.4.5	Les utilisations du concept	57
1.4.6	Synthèse des résultats	69
1.4.7	Choix de l'usage à retenir pour la suite de l'analyse	70
1.5	Déterminer les attributs du concept : Étape 4	72
1.5.1	Description de la détermination des attributs	72
1.5.2	Repérage des caractéristiques et attributs du concept	73
1.5.3	Codification des caractéristiques associées au concept	74
1.5.4	Sélection des attributs du concept	76
1.5.5	Définition de la sélection des attributs	89
1.6	Identification des cas : Étapes 5 et 6	90
1.7	Identification des antécédents et des conséquents du concept : Étape 7.....	91
1.7.1	Description de l'identification des antécédents et des conséquents	91
1.7.2	Repérage des caractéristiques précédant l'apparition du concept	92
1.7.3	Codification des caractéristiques précédant l'apparition du concept	92
1.7.4	Sélection des antécédents du concept	94
1.7.5	Repérage des conséquents.....	98
1.7.6	Codification des conséquents	99
1.8	Identification des référents empiriques : Étape 8.....	104
1.8.1	Description de l'identification des référents empiriques.....	104
1.8.2	Repérage des éléments permettant de mesurer le concept	104
1.8.3	Codification des référents empiriques.....	105
	QUATRIÈME CHAPITRE. DISCUSSION.....	115
1.	OBJECTIFS	116

1.1	Dégagement d'une définition opérationnelle et holistique du rétablissement chez les adolescents	116
1.2	Exploration des résultats à la lumière du modèle de CHIME (Leamy et al., 2011)	119
1.2.1	Application du modèle CHIME à la population adolescente	119
2.	LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	125
3.	IMPLICATIONS	127
3.1	Orientées vers la pratique.....	127
3.2	Orientées vers la recherche	129
CONCLUSION		131
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		133
ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES ET ATTRIBUTS DU CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT CLASSÉS EN FONCTION DE LA PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE		145
ANNEXE B. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES DU CONCEPT		146
ANNEXE C. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX ANTÉCÉDENTS.....		188
ANNEXE D. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX CONSÉQUENTS.....		198
ANNEXE E. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – ESPOIR.....		204
ANNEXE F. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – EMPOWERMENT		206
ANNEXE G. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – RÉSEAU DE SOUTIEN POSITIF.....		209
ANNEXE H. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – PRÉSENCE D'UNE IDENTITÉ POSITIVE.....		212
ANNEXE I. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DONNER UN SENS À SON EXPÉRIENCE		216
ANNEXE J. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – AJUSTEMENT DES BUTS.....		219
ANNEXE K. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DÉVELOPPEMENT DES FORCES ET HABILÉTÉS.....		220
ANNEXE L. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DÉVELOPPEMENT DES STRATÉGIES D'ADAPTATION.....		222

ANNEXE M. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – PROCESSUS DE CHANGEMENT	225
ANNEXE N. TABLEAU COMPARATIF DES COMPOSANTES DU MODÈLE CHIME (LEAMY ET AL., 2011) AUX RÉSULTATS DE LA PRÉSENTE ANALYSE DE CONCEPT	227
ANNEXE O. TABLEAU COMPARATIF ENTRE LES COMPOSANTES DÉTAILLÉES DU MODÈLE CHIME (LEAMY ET AL., 2011) ET LES ATTRIBUTS DU CONCEPT	228

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Définitions du concept de rétablissement repérées dans les études incluses selon leurs contextes disciplinaires.....	51
Tableau 2.	Définitions analogues au concept de rétablissement repérées dans les études incluses selon leurs contextes disciplinaires	54
Tableau 3.	Différents usages de rétablissement en fonction des contextes disciplinaires	64
Tableau 4.	Instruments de mesure ayant été utilisés à l'intérieur des études recensées afin de mesurer le rétablissement	113

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Démarche de recension dans les banques de données : CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES, Social Work Abstracts, SocINDEX.....	39
-----------	---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PASM	Plan d'action en santé mentale
TSM	Trouble de santé mentale

«We are whole where we were broken»

Fisher, D. (2010)

REMERCIEMENTS

Tout comme le processus de rétablissement dans lequel l'individu évolue, le parcours associé à la rédaction d'un mémoire est bien unique à chacun. S'il a été parsemé de petites victoires, de remises en question, de grandes découvertes, d'obstacles, de révélations et d'échecs, ce parcours a surtout été marqué par la persévérance et la volonté. Jamais au même rythme de croisière, mais toujours en direction de la même destination finale. Bien que la persévérance et la volonté aient permis la progression tout au long de ce long parcours sinueux, l'atteinte de l'objectif a été possible grâce à la force de soutien de mon réseau.

Lorsque je porte mon regard vers le début de mon parcours en psychoéducation, je prends conscience du nombre considérable de remerciements qu'il y aurait à faire et à la qualité des gens qui m'entourent depuis. Cet accomplissement a été possible grâce à ma directrice de recherche, mes amis, mes collègues en psychoéducation, ma famille et mes collègues de travail au Siboire. Par ailleurs, je tiens aussi à souligner l'ancrage réconfortant qu'un petit Café chaleureux m'a offert. Situé à Montréal, le Hoche Café aura été un repère significatif, tout aussi apaisant que stimulant qui aura permis de réaliser des miracles à certains moments.

Tout d'abord, je désire grandement remercier le soutien et l'accompagnement que ma directrice de recherche, Anne-Marie Tougas, m'a offert tout au long de mon parcours. Armée de patience, d'ouverture d'esprit et de rigueur, tu m'auras permis de progresser de façon importante. Merci de m'avoir introduit au concept de rétablissement et à cette nouvelle méthodologie peu commune à la psychoéducation. Ces défis m'ont permis de remettre en perspective plusieurs de

mes réflexions concernant la pratique et la recherche, ils m'ont fait grandir. De surcroît, j'aimerais remercier Isabelle Ledoux, professeure en science infirmière à l'Université de Sherbrooke, pour le temps et le soutien qu'elle m'a accordé afin de mieux cerner l'analyse de concept.

Par la suite, j'aimerais remercier plusieurs personnes qui ont fait la différence tout au long de mon parcours. Merci à mon amie et ancienne colocataire Émilie qui a su me prêter main-forte à certains moments critiques et qui m'aura donné des conseils judicieux m'ayant permis de persévérer. Merci à ma meilleure amie Rachel pour son soutien inconditionnel et son aide dans la révision. Merci à mon amie Isabelle pour son soutien émotionnel et ses messages de « bonnes journées », malgré la distance je ne me serai jamais sentie seule. Merci à Pamela pour ses encouragements de feu, à Lisa d'avoir été une partenaire hors pair de « Cafés » et de discussions réconfortantes, à Dominique d'avoir été ma confidente et de m'avoir permis de lâcher prise quand j'en avais de besoin. Merci à Alexis d'avoir cru en mes capacités même lorsque je n'y croyais plus et d'avoir pris du temps pour nos sorties quand tu en avais peu. Merci à Marie-Pier de m'avoir fait gagner du temps grâce à son soutien à la traduction. Merci à mon ami et ancien colocataire Nicolas pour sa patience et sa bienveillance au courant de mes longues journées, soirée, nuits de rédaction (et à ses chiens qui m'ont donné beaucoup d'amour). Merci à mes amis du programme en psychoéducation Marco, Ben, Joël et particulièrement mon ami Jean Jr de m'avoir gardé près de la pratique et d'avoir permis autant de réunions plaisantes pendant et après le programme. Merci à ma mère et mon frère pour leur amour inconditionnel et le soutien qu'ils m'ont offerts tout au long de mes études, peu importe mes choix. Enfin, j'aimerais remercier mes collègues de travail au Siboire pour leur compréhension et leur flexibilité tout au long de mes études, puisque grâce à vous j'aurai doublement cheminé.

INTRODUCTION

S'inscrivant dans le premier volet de la programmation de recherche de la Pre Anne-Marie Tougas qui interroge l'application du concept de rétablissement à la population des jeunes vivant avec un TSM, le présent mémoire fait état d'une démarche d'analyse de concept ayant pour but de définir le concept de rétablissement chez la population adolescente.

Tout d'abord, le premier chapitre du présent mémoire présentera la problématique de recherche que constituent les TSM chez la population générale, de même que chez les jeunes, tout en mettant en valeur les orientations mises en place par le gouvernement du Québec pour guider cette dernière. Ensuite, le deuxième chapitre présentera le cadre de la présente recherche, soit en identifiant l'évolution historique du concept de rétablissement ainsi qu'en faisant l'état des travaux phares de Leamy et al. (2011) dont le modèle CHIME a profondément marqué la définition de ce concept au courant des dernières années. C'est l'état de ces connaissances sur les plans conceptuel et théorique qui jette les bases de la présente pertinence scientifique et des objectifs du présent mémoire.

S'ensuivra le troisième chapitre, qui présentera la méthodologie de l'analyse de concept selon Walker et Avant (2011), ainsi que la description de chacune de ses étapes, dans leur ordre de réalisation. Chaque étape inclut une présentation de son objectif, de son utilité, de la démarche d'analyse qui a été effectuée ainsi que des résultats qui y sont associés. Pour débiter l'analyse de concept, la première étape mettra en lumière le choix du concept ainsi que les raisons qui y sont sous-jacentes. Ensuite, la seconde étape présentera le but de la présente analyse de concept ainsi

que les objectifs reliés à celle-ci, soit de : 1) dégager une définition opérationnelle et holistique du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM, 2) explorer les résultats découlant de la méthodologie de l'analyse de concept à la lumière concept du modèle de CHIME, soit en le comparant aux composantes de ce dernier afin d'en faire ressortir les similarités et différences. S'ensuivra la troisième étape de l'analyse de concept qui consiste à établir les différents usages du concept de rétablissement tout en y présentant les définitions et les utilisations reliées, et ce, à partir d'une recension systématique sur le concept ciblé. Par la suite, la quatrième étape présentera la détermination des attributs, qui correspond à la description et l'analyse des caractéristiques fondamentales du concept. Par ailleurs, les cinquième et sixième étapes ayant pour but d'identifier des cas exemples seront survolées dans leur objectif et utilité. Toutefois, ces étapes auront été retirées de la réalisation de cette analyse de concept puisqu'elles n'étaient pas essentielles à l'atteinte des objectifs du présent mémoire. Ensuite, la septième et avant-dernière étape présentera les antécédents et conséquents du concept, soit les éléments venant juste avant l'apparition du concept et ceux qui sont des résultats reliés à la présence du concept. Enfin, la dernière étape permettra de présenter les indicateurs permettant la mesure du concept (c.-à-d. les référents empiriques) à travers lesquels ses attributs seront plus particulièrement mis en valeur.

Enfin, le quatrième chapitre, la discussion, permettra de mettre en évidence les constats reliés aux deux objectifs du mémoire en fonction des résultats obtenus, de souligner les forces et limites du présent mémoire et d'émettre certaines recommandations pour la pratique et de futures recherches.

PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE

1. LES TSM ET L'ORIENTATION DES INTERVENTIONS VERS LE RÉTABLISSEMENT.

1.1 Les TSM et leurs conséquences dans la population générale

Selon les plus récentes statistiques sur le sujet (Gouvernement du Québec, 2015), 12 % de la population québécoise vit avec un ou plusieurs TSM, et ce, toutes tranches d'âges confondues. Parmi ceux-ci se retrouvent notamment les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, anxiété généralisée), les troubles de l'humeur (troubles dépressifs, troubles bipolaires), les troubles liés à l'usage de substance psychoactive, les troubles psychotiques et les troubles du comportement alimentaire (Gouvernement du Québec, 2015). Les TSM se définissent par l'altération de la pensée, des comportements, de l'humeur ou de leur combinaison (APA, 2013; Gouvernement du Canada, 2006). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) souligne aussi l'importance de trois éléments déterminants pour reconnaître un TSM soit, la présence de détresse (souffrance émotionnelle), l'entrave au fonctionnement (p.ex. incapacité à se présenter au travail ou à sortir de chez soi) et l'émission de comportements qui n'atteignent pas les normes culturelles acceptées (p. ex. conduire avec les facultés affaiblies; APA, 2013). Ainsi, la présence d'un TSM porte atteinte au fonctionnement global de la personne. Chaque TSM est caractérisé par des symptômes spécifiques qui, selon l'intensité et la durée de leurs manifestations,

peuvent conduire à l'établissement d'un diagnostic à partir d'une évaluation systématique de l'état mental guidée par les critères présentés dans le DSM-5 (APA, 2013).

Certains des TSM sont mis en évidence dans les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2012) qui indiquent qu'au cours de leur vie, 12,2 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivraient un épisode dépressif, 9,4 % vivraient un trouble d'anxiété généralisée, 17,8 % vivraient un trouble lié à la consommation d'une substance, et ce, qu'il soit diagnostiqué ou non (Smetanin et al., 2011). Ailleurs au Canada, la prévalence de ces troubles se retrouve à 11 % pour l'épisode dépressif, 8,5 % pour le trouble d'anxiété généralisée et 22,8 % pour les troubles liés à la consommation d'une substance (Smetanin et al., 2011).

La présence d'un TSM chez une personne, toutes tranches d'âge confondues, peut avoir plusieurs conséquences sur différentes sphères de sa vie et sur son développement. En ce qui concerne la santé physique, les personnes présentant un TSM seraient plus à risque de surpoids, d'obésité, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires et de cancer (Allison et al., 2009; Gouvernement du Québec, 2015; McIntyre et Konarski, 2005; Smith et al., 2007). Sur le plan social, les personnes présentant un TSM seraient davantage victimes de stigmatisation ou de discrimination, seraient portées à se replier sur elles-mêmes et auraient des difficultés à s'intégrer socialement (Lemay, 2006; Sickel, Seacat et Nabors, 2014). La stigmatisation entraînerait d'ailleurs un phénomène d'autostigmatisation, c'est-à-dire que la personne vivant avec un TSM développerait une opinion négative d'elle-même et s'attribuerait des stéréotypes sociaux négatifs (GPS-SM, 2014). L'autostigmatisation aurait des conséquences sur le plan psychologique, telles que la diminution de l'estime de soi, de la confiance et de l'espoir (GPS-SM, 2014). Sur le plan

psychologique, les personnes vivant avec un TSM présenteraient un risque plus élevé de manifester des comportements suicidaires et de développer un TSM concomitant, particulièrement un trouble relié à l'usage de substances (Gouvernement du Québec, 2015; Smetanin et al., 2011). Dans les milieux de travail, la présence d'un TSM chez un employé peut entraver sa productivité, de même qu'augmenter son absentéisme et son insécurité financière (Mental Health Commission of Canada, 2013; Guillemette, 2009). Par ailleurs, les TSM feraient partie des facteurs souvent associés aux demandes d'indemnisation pour invalidité au travail (Mental Health Commission of Canada, 2013; Gouvernement du Québec, 2015).

1.2 Les TSM et leurs conséquences chez les jeunes

Au Canada, près des trois quarts des TSM apparaissent durant l'enfance ou l'adolescence (Gouvernement du Canada, 2006). Plus précisément, les enquêtes populationnelles rapportent que la moitié des TSM se déclare pour une première fois avant 14 ans et 75 %, avant 22 ans (Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola, Alonso et Utsunm, 2007). Au Québec, les prévalences des troubles anxio-dépressifs (troubles anxieux et de l'humeur) chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans ont particulièrement augmenté entre 2007 et 2017, passant de 3,7 % à 5,7 % (Gouvernement du Québec, 2019). Chez les jeunes, la présence d'un TSM peut entraîner des conséquences sur différents plans. Sur le plan scolaire, les jeunes vivant avec un TSM seraient plus à risque de vivre des échecs, de décrocher ou d'avoir des difficultés d'apprentissage (Kessler, Foster, Saunders et Stang, 1995; Milin et al., 2016). Sur le plan social, des conséquences d'un TSM, telles que la stigmatisation, la discrimination et l'isolement, seraient des obstacles à la recherche d'aide des jeunes (Clément, Schauman, Graham, Maggioni, Evans-Lacko, Bezborodovs et al., 2015;

Guillemette, 2009). De telles conséquences chez les jeunes vivant avec un TSM réduiraient d'autant plus la probabilité qu'ils reçoivent un suivi et qu'ils adhèrent à un traitement (Guillemette, 2009). Sur le plan psychologique, ces jeunes sont plus à risque que leurs pairs en santé de présenter des comportements suicidaires (Smetanin, Stiff, Briante, Adair, Ahmad et Khan, 2011). Ce constat est inquiétant considérant que le suicide représente la deuxième cause de mortalité la plus fréquente chez les adolescents (Gouvernement du Québec, 2015). Par ailleurs, la précocité d'un TSM expose le jeune à davantage de risque de présenter un autre TSM ou d'autres problèmes de santé chroniques (Mental health commission of Canada, 2013; Smetanin et al., 2011).

Considérant la période de développement critique dans laquelle l'adolescent se retrouve et les besoins qui en découlent, c'est-à-dire, en plein développement physique, pubertaire, neurologique, psychologique et plus particulièrement, identitaire, la présence de telles conséquences découlant d'un TSM pourrait entraver la poursuite normale de son développement (Ward, 2014). De ce fait, ces conséquences soulignent la nécessité d'intervenir de manière efficace et le plus tôt possible auprès du jeune vivant avec un TSM afin de diminuer l'impact de celles-ci sur son développement.

1.3 Le Plan d'action en santé mentale pour orienter les interventions en matière de santé mentale

Au début des années 2000, les prévalences des TSM au Québec indiquaient qu'une personne sur six vivait avec un TSM et que le taux de suicide était plus élevé au Québec comparativement aux autres provinces du Canada (Gouvernement du Québec, 2005). Ces constats

ont eu pour effet de mobiliser le gouvernement dans ses actions afin de soutenir les personnes vivant avec un TSM (Gouvernement du Québec, 2005). Depuis 2005, le Québec s'est doté de deux plans d'action permettant d'encadrer l'intervention au sein du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui a trait à la santé mentale de l'ensemble de la population (Gouvernement du Québec, 2015). Le premier plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, s'intitulant *La force des liens*, a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services Sociaux. Ce plan d'action avait pour objectif d'établir un système de soins en santé mentale efficient, reconnaissant le rôle des usagers de services et pouvant offrir des services de traitements et de soutien à toute personne vivant avec un TSM ou présentant un risque suicidaire (Gouvernement du Québec, 2005). De ce fait, le PASM 2005-2010 marqua un tournant dans la réorganisation de la structure des services offerts, en créant des services de première ligne en santé mentale, ainsi qu'en favorisant la collaboration entre les différents établissements et acteurs de l'intervention concernés (Gouvernement du Québec, 2005). Parmi les principes directeurs soutenus par ce PASM, le rétablissement est mis en évidence et y est décrit comme : « la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 12). En misant sur ce principe directeur, le gouvernement incitait alors les professionnels au cœur des établissements de santé et de services sociaux à : « reconnaître le potentiel et le rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 12). Toutefois, à ce moment, très peu d'informations concernant la manière dont les soins et services peuvent favoriser le rétablissement sont transmises à travers ce PASM.

Le deuxième et plus récent plan d'action (PASM 2015-2020), s'intitulant *Faire ensemble* et autrement, s'inscrit dans la continuité de son précédent en mettant en place des mesures

permettant de consolider des changements amorcés, notamment en ce qui concerne l'approche orientée vers le rétablissement (Gouvernement du Québec, 2015). Cette dernière incite dorénavant les intervenants à susciter l'espoir chez la personne, à mettre en valeur ses forces et à la positionner au cœur de l'intervention pour qu'elle puisse prendre du pouvoir sur sa vie malgré les obstacles reliés au TSM (Gouvernement du Québec, 2015, p.10). Le cheminement de l'utilisateur de services et l'évaluation de ses progrès se fondent dès lors sur sa mise en action, son fonctionnement, sa responsabilisation et le développement de ses forces plutôt que sur l'évaluation de la diminution de ses symptômes (Gouvernement du Québec, 2015). L'intervention se voit donc dirigée vers la responsabilisation ainsi que le développement des forces, de l'espoir et du réseau de soutien de l'utilisateur de service, plutôt qu'uniquement vers la gestion des symptômes (Gouvernement du Québec, 2015, p.10).

En résumé, l'orientation axée sur le rétablissement dans l'intervention, mise en évidence dans les PASM, est novatrice puisqu'elle se pose en porte-à-faux avec la posture de l'intervention traditionnelle en matière de santé mentale, laquelle plaçait davantage la maladie et ses conséquences au centre de l'intervention. Bien que cette orientation apporte un vent de nouveauté dans les interventions dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec depuis 2005, les applications concrètes du concept de rétablissement dans la pratique demeurent floues. Comment juger chez la personne de la reprise de contrôle sur sa vie? De quelle façon se manifeste l'espoir chez la personne? Quels sont les critères qui déterminent que la personne est rétablie? Les écrits scientifiques au sujet de l'application de ce concept dans l'intervention n'étant que très récents, ils ne permettent pas encore aux intervenants de le comprendre de façon holistique et de le transposer facilement dans leur pratique.

DEUXIÈME CHAPITRE. CADRE DE LA RECHERCHE

1. L'ESSOR DU CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT

Le concept de rétablissement d'un TSM a pris racine vers les années 90 avec la psychologue Patricia Deegan. Les travaux de cette dernière sont suivis de très près par ceux du directeur général du centre de réadaptation psychiatrique de l'Université de Boston, William Anthony. À quelques années près, ils dégagent chacun une compréhension du concept de rétablissement qui permet à ce moment de le distinguer du concept de réadaptation (Anthony, 1993; Deegan, 1988). Ce dernier référerait à ce moment aux services rendus disponibles aux personnes vivant avec une maladie afin qu'elles puissent apprendre à s'adapter à leur environnement (Deegan, 1988, p.11). Plus précisément, ces services mettaient l'accent sur le traitement des conséquences reliées à la maladie, telles que les symptômes, les incapacités, le fonctionnement limité, etc. (Anthony, 1993; Wood, 1980). Ces services référaient donc à la posture de l'intervention traditionnelle en ce qui a trait à la santé mentale, correspondant ainsi à adopter une vision clinique et fixe du rétablissement.

Le rétablissement clinique se définit comme étant un état final ou comme un résultat observable par un expert clinicien selon des mesures cliniques objectives. Il ne varie pas d'un individu à l'autre et implique un retour à la normale (Slade, 2009). Par conséquent, selon cette définition, les cibles à atteindre pour qu'une personne vivant avec un TSM soit considérée rétablie sont associées à la réduction ou la rémission complète des symptômes et au retour à un fonctionnement normal (Anthony, 1986). Par exemple, l'étude de Liebermann et Kopelowicz

(2002) met en évidence que les critères reliés au rétablissement clinique de la schizophrénie sont l'amélioration des symptômes positifs et négatifs du TSM, ainsi que l'amélioration du fonctionnement personnel et social. Ces critères sont directement reliés à ceux permettant de poser le diagnostic de schizophrénie.

En contraste avec le concept de réadaptation, une définition du rétablissement axée sur la notion de processus prend forme avec Deegan (1988) et Anthony (1993), celle du rétablissement personnel. Selon Deegan (1988), le rétablissement passe par l'acceptation et le fait de surmonter le défi présenté par le TSM (p. 11). Le concept reposerait sur trois éléments principaux : l'espoir, la volonté et la responsabilité de ses actions (Deegan, 1988, p. 14). Anthony (1993) pour sa part a approfondi cette dernière définition en incluant la notion de processus personnel qui définit le rétablissement comme faisant partie d'une démarche unique de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, de buts, d'habiletés et/ou de rôles (p. 527). Selon ce dernier, le rétablissement serait une façon de vivre une vie satisfaisante, utile, avec espoir, et ce, malgré les obstacles associés au TSM (Anthony, 1993, p. 527).

Depuis les travaux phares de Deegan (1988) et Anthony (1993), de nombreuses autres définitions ont vu le jour dans l'objectif de mieux cerner ce concept (Barber, 2012; Fisher, 1994; Hatfield et Lefley, 1993; Hogan, 1994; Roberts et Wolfson, 2004; Young et Ensing, 1999). En dépit des avancées importantes que ces définitions du rétablissement ont permises sur les plans philosophique et conceptuel au tournant des années 1990 et 2000, la communauté scientifique conclut néanmoins à un besoin de clarté supplémentaire pour entrevoir plus finement la portée du concept sur le plan de l'intervention (Silverstein et Bellack, 2008; Warner, R., 2009).

2. LES TRAVAUX DE RECENSION DE LEAMY, BIRD, LE BOUTILLER, WILLIAMS ET SLADE (2011) SUR LA DÉFINITION DU RÉTABLISSEMENT PERSONNEL

Une recension systématique a été entreprise par l'équipe de Leamy et al. (2011) afin de réunir l'ensemble des définitions existantes du rétablissement personnel et d'en faire émerger un cadre conceptuel au moyen d'une synthèse narrative. Trois méthodes de recherche ont été mobilisées dans le cadre de cette recension.

2.1 Méthodes de recension

La première méthode de recension utilisée par Leamy et al. (2011) consistait à faire une recherche à partir de différentes banques de données. Les douze banques de données suivantes ont été consultées: AMED, Applied Social Science Index and Abstracts (ASSIA), British Humanities Index, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE, International Bibliography of Social Science, MEDLINE, PsycINFO, Sociological abstracts, Social Science Policy et Social Services abstracts. Tous les écrits ont été recensés jusqu'en septembre 2009 en utilisant trois catégories de mots-clés : la première catégorie incluant des mots-clés concernant les TSM (p. ex. « mental health », « mental disorder »), la deuxième ciblant le mot-clé « recover\$ » référant au rétablissement et la troisième incluant des mots-clés concernant la conceptualisation du concept d'intérêt (p. ex. « model », « concept\$ », « framework »). La deuxième méthode de recherche consistait à une recherche manuelle dans les journaux jugés pertinents, soient : Psychiatric Rehabilitation Journal, British Journal of Psychiatry et American Journal of Psychiatry. La troisième méthode de recherche consistait à une recherche à partir de moteurs de recherche sur internet tels que Google, Google Scholar et de sites internet au contenu spécifiquement axé sur le rétablissement.

Afin d'être sélectionnées et incluses dans l'étude de Leamy et al. (2011), les études et autres documents devaient ; 1) contenir une conceptualisation du rétablissement personnel, 2) présenter un modèle ou cadre conceptuel original du rétablissement, 3) être une étude de source secondaire ou être une étude de source primaire impliquant des données quantitatives ou qualitatives basées sur au minimum trois participants, 4) être disponibles en format téléchargeable ou imprimable et 5) être rédigées en anglais. En contrepartie, les études ou documents identifiés étaient exclus s'ils ; 1) ciblaient uniquement le rétablissement clinique (c'est-à-dire utilisant les définitions impliquant le retour à la normale, le rétablissement des symptômes et du fonctionnement), 2) impliquaient des modèles sur les facteurs prédictifs de rétablissement clinique, 3) définissaient les critères de rémission ou de rétablissement d'usage abusif de substances, de dépendances ou de troubles alimentaires et 4) étaient des thèses ou mémoires. À la suite de l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, un total de 97 études et autres documents ont été retenus pour la réalisation des analyses.

2.2 Évaluation de la qualité

Tout d'abord, avant même de réaliser les étapes de la synthèse narrative, les auteurs ont procédé à l'examen de la qualité des études de sources primaires qualitatives et quantitatives. Par ailleurs, il est à noter que considérant la quantité importante d'études qualitatives ($n=37$) recensées comparativement à celles quantitatives ($n=2$), l'examen de la qualité des études qualitatives a été décrit de façon plus approfondie par les auteurs. C'est le guide d'examen de la recherche qualitative « RATS » qui a été utilisé afin de statuer sur la qualité des études qualitatives (Clark, 2003). Ce guide comprend 25 questions évaluant la qualité de la question de recherche,

l'adéquation de la méthode qualitative de recherche, la transparence des procédures et la solidité de l'approche interprétative. Chaque question ayant été transformée en variable dichotomique (oui équivalent à 1 et non à 0) par les auteurs afin d'obtenir un score entre 0 et 25 pour chaque étude qualitative. Trois des auteurs se sont ainsi prêtés à l'évaluation de l'ensemble des études qualitatives. Une étude de bonne qualité se situait au-dessus d'un score de 15 et une étude de qualité modérée sur le score de 14. Ce résultat a été statué en fonction de la moyenne obtenue par les études qui était de 14,9. En ce qui concerne les études de sources primaires quantitatives, l'outil d'évaluation de la qualité des études quantitatives (EPHPP, 2009) a été appliqué par deux des auteurs pour les deux études quantitatives recensées.

2.3 Analyses réalisées

Les auteurs ont utilisé une approche de synthèse narrative modifiée afin de développer leur cadre conceptuel sur le rétablissement personnel d'un TSM. Cette approche se décompose en trois étapes : le développement d'une synthèse préliminaire (étape 1), l'exploration de relations à l'intérieur et entre les études (étape 2) et l'évaluation de la robustesse de la synthèse (étape 3).

La première étape a été réalisée selon une analyse thématique des 16 études primaires ayant été jugées de bonne qualité par les auteurs afin de faire ressortir les thèmes émergents concernant le rétablissement personnel. Les 16 études ont été importées sur le logiciel Nvivo 8 (QSR International Pty Ltd., 2011) afin de réaliser la codification selon une approche inductive. Les thèmes et sous-thèmes principaux ont ainsi été identifiés à partir de ces études pour ensuite être transposés à l'ensemble des études et documents recensés afin d'identifier la fréquence à laquelle ces thèmes revenaient dans ceux-ci. Cette étape a permis aux auteurs de valider les thèmes les plus

récurrents et de créer des catégories sur cette base. Pour donner suite à la codification, les auteurs se sont consultés afin de construire le cadre conceptuel. Cette consultation a donné lieu à la création de nouvelles catégories, à la fusion de certaines catégories et au retrait d'autres pour enfin arriver au cadre conceptuel préliminaire du rétablissement personnel.

La deuxième étape a été réalisée par les auteurs en identifiant, dans leur échantillon d'études, celles qui rapportaient des résultats en provenance d'un groupe ethnique minoritaire. Les six études identifiées ont par la suite été codifiées séparément selon une analyse thématique afin de dégager les thèmes émergents associés à cette population. Le résultat de cette analyse thématique a ensuite permis de comparer les catégories émergentes avec le cadre conceptuel préliminaire. L'identification de différences quant à certains thèmes et l'identification de nouveaux en lien avec cette population constituaient les objectifs principaux de cette étape d'analyse.

La troisième étape a été réalisée selon deux approches afin d'évaluer la solidité de la synthèse. Tout d'abord, la première approche consistait à codifier selon une analyse thématique les cinq études ayant été classées de qualité modérée par les auteurs (score de 14 au RATS) jusqu'à l'atteinte de la saturation empirique des catégories. Par la suite, les catégories et thèmes résultant de cette analyse ont été comparés avec le cadre conceptuel préliminaire développé à l'étape 1 et enrichi à l'étape 2. La deuxième approche consistait ensuite à partager le cadre conceptuel préliminaire aux membres d'un comité détenant une expertise académique, clinique ou personnelle sur le rétablissement. Le comité avait pour objectif de commenter l'organisation des différents thèmes et catégories à l'intérieur du cadre conceptuel préliminaire, d'identifier des aspects essentiels du concept n'ayant pas été mis en valeur ainsi que de partager leurs observations

générales. À la suite de la consultation du comité d'experts, le cadre conceptuel final a été complété par les auteurs.

2.4 Résultats de la recension

2.4.1 Provenance et types de documents retenus

Parmi les 97 documents inclus dans la recension, la majorité provenait de l'Amérique du Nord tandis que les autres provenaient, en ordre d'importance, de l'Europe, de l'Australie et de l'Asie. Plus précisément, 50 provenaient des États-Unis, 20 du Royaume-Uni, 8 de l'Australie, 6 du Canada, 2 de l'Écosse, 2 de l'Irlande, 1 de l'Islande, 1 de la Norvège, 1 de la Suède, 1 de Taiwan, 1 de la Corée du Sud et 4 dont la provenance n'était pas indiquée ou claire.

En ce qui concerne le type de documents retenus dans leur recension des écrits, 37 étaient des études qualitatives, 20 des synthèses narratives, 7 des chapitres de livres, 5 des documents de consultation concernant l'utilisation de méthodes communes concernant le rétablissement, 5 des documents d'opinion, 2 études quantitatives et 21 autres types de documents combinant différentes méthodes ou étant difficiles à classer en raison du manque d'information sur celles-ci.

2.4.2 Population à l'étude

Peu d'information était fournie en ce qui a trait aux caractéristiques de la population à l'étude dans les articles et documents recensés par l'étude de Leamy et al. (2011). Parmi l'information disponible, il était possible d'identifier que la majorité des études ont utilisé des critères permettant d'inclure tous les TSM, et ce, qu'ils soient diagnostiqués ou autorapportés. De

plus, le recrutement des participants aurait été réalisé dans la plupart des cas à partir de groupes de thérapie, de services en santé mentale gérés par les usagers, de logements supervisés et de centres communautaires incluant des équipes de soutien et offrant des services en santé mentale. Par ailleurs, l'information concernant l'âge de la population à l'intérieur des études sélectionnées n'était pas spécifiée dans l'article de recension des auteurs. Toutefois, après lecture des études incluses dans leur recension, il était possible d'identifier que celles-ci ciblaient une population adulte, à l'exception de l'étude de Whitehorn, Brown, Richard, Rui et Kopala (2002) dont la moyenne d'âge de l'échantillon se situait à 21,9 ans avec un écart-type de 5,7 ans.

2.4.3 Développement du cadre conceptuel

2.4.3.1 Développement de la synthèse préliminaire

La synthèse préliminaire réalisée par les auteurs (étape 1 des analyses) à partir des 16 études qualitatives classées de bonne qualité a permis de faire ressortir un premier cadre conceptuel concernant le rétablissement personnel. Ce dernier regroupait cinq catégories principales, soient 1) la valeur du rétablissement, 2) les croyances concernant le rétablissement, 3) l'attitude des professionnels favorisant le rétablissement, 4) les composantes du processus de rétablissement et 5) les étapes du rétablissement.

2.4.3.2 Exploration des relations entre les études

La seconde étape de l'analyse permettant de comparer les études incluant une minorité ethnique a permis de mettre en évidence certaines distinctions dans les catégories du cadre conceptuel préliminaire. Tout d'abord, l'ensemble des cinq catégories constituant le cadre conceptuel préliminaire a été identifié à l'intérieur des six études ciblant une population en

minorité ethnique. Ensuite, deux thèmes classés sous la catégorie des composantes du processus de rétablissement, soient la stigmatisation et la spiritualité, ont ressorti des analyses thématiques des auteurs comme ayant un poids plus important pour cette population que celle à la base du cadre conceptuel préliminaire. Enfin, deux catégories supplémentaires ont été identifiées à partir de ces études, soient les facteurs spécifiques à la culture et les notions de collectivités.

2.4.3.3 Évaluation de la robustesse de la synthèse préliminaire

La première étape de l'évaluation de la solidité de la synthèse préliminaire à l'aide des cinq études qualitatives classées de qualité modérée a permis de statuer sur la saturation empirique des catégories identifiées à l'intérieur du cadre conceptuel préliminaire.

La deuxième étape de l'évaluation de la solidité de la synthèse préliminaire, consistant à partager le cadre conceptuel préliminaire à un comité d'experts, a permis de récolter un certain nombre de commentaires à propos de celui-ci afin de le valider et de l'améliorer. Les commentaires émis par le comité d'experts se sont avérés cibler certains aspects du concept, la structure du cadre conceptuel, le langage utilisé et les biais potentiels.

2.4.4 Résultats

À la suite des commentaires et recommandations du comité d'experts concernant le cadre conceptuel préliminaire, les auteurs l'ont simplifié en trois grandes catégories, soient 1) les caractéristiques de l'expérience du rétablissement, 2) les processus compris dans le rétablissement et 3) les étapes du rétablissement (modèle de changement).

2.4.4.1 Cadre conceptuel final. - les caractéristiques

La première catégorie du cadre conceptuel concerne les caractéristiques de l'expérience du rétablissement. Ces caractéristiques ont été identifiées au sein de toutes les études recensées. Elles mettent en évidence 13 thèmes principaux : le rétablissement est un processus actif, le rétablissement est un processus personnel et unique, un processus qui n'est pas linéaire, le rétablissement sous forme de cheminement, le rétablissement sous forme d'étapes ou de phases, le rétablissement sous forme de lutte, le rétablissement un processus multidimensionnel, le rétablissement est un processus graduel, le rétablissement comme une expérience qui change une vie, le rétablissement sans guérison, le rétablissement facilité par un environnement soutenant et sain, le rétablissement possible sans intervention professionnelle et le processus d'essai et erreur. Les thèmes associés à cette catégorie mettent en évidence la complexité et l'expérience de rétablissement.

2.4.4.2 Cadre conceptuel final - les processus

De la deuxième catégorie, le processus de rétablissement, cinq thèmes prédominants ressortent : les relations sociales (C), l'espoir et l'optimisme face au futur(H), l'identité (I), le sens à la vie (M) et l'empowerment (E) (Leamy et al., 2011). Ces thèmes prédominants forment le modèle conceptuel que les auteurs ont associé à l'acronyme « CHIME », dont chaque lettre correspond à l'un d'eux.

Plus précisément, la composante des relations (C) serait définie par le soutien des pairs, la présence de relations, le soutien des autres ainsi que l'appartenance à la communauté. Ensuite, la composante de l'espoir pour le futur (H) se composerait de la motivation au changement, de la

croyance en la possibilité de rétablissement, des relations inspirantes, des pensées positives et du fait d'avoir des rêves et aspirations. La composante de l'identité (I) serait pour sa part associée aux dimensions de l'identité, à la reconstruction d'une identité positive et au fait de vaincre la stigmatisation. La composante du sens à la vie (M) inclurait le sens donné à son expérience avec un TSM ainsi que la spiritualité, la qualité de vie, le fait de vivre des rôles sociaux significatifs, d'atteindre des buts sociaux significatifs et de reconstruire sa vie. Enfin, la composante de l'empowerment (E) engloberait les responsabilités personnelles, le contrôle sur sa vie et la concentration de l'individu sur ses forces. Selon Leamy et al. (2011), le modèle CHIME décrit les composantes au cœur du processus de rétablissement, il n'identifie donc pas une finalité (être rétabli), ni ne prescrit un ordre d'apparition, mais permet d'identifier des dimensions mesurables de changements qui s'opèrent durant ce processus (Leamy et al., 2011, p. 449).

2.4.4.3 Cadre conceptuel final - les étapes

La troisième catégorie, celle des étapes de rétablissement, met en évidence différents thèmes qui ont été classés selon le modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente, 1992). Ces étapes ont été développées à partir des résultats provenant de 15 des 87 études recensées. Pour en faciliter la présentation, les étapes de ce modèle sont organisées en suivant celles du modèle transthéorique (référence Prochaska) : 1) la précontemplation, 2) la contemplation, 3) la préparation, 4) l'action et 5) le maintien. Sous la première étape du modèle, la précontemplation les thèmes suivants ont été repérés : le sentiment d'être coincé, l'impression de descendre aux enfers, le fait d'être démoralisé, le fait d'être dépendant professionnellement, le fait d'être en période moratoire, le sentiment d'être envahi par le TSM, le fait d'amorcer son rétablissement, le fait d'être en période de crise (récupération). À travers la deuxième étape, la

contemplation, les thèmes suivants ont été identifiés : le fait de lutter avec le TSM (noviciat au rétablissement), le fait d'accepter de l'aide, le fait d'alimenter son sentiment d'espoir, le fait d'être conscient de sa dépendance, la prise de conscience, le fait d'entrevoir son rétablissement, le fait de sentir renaître l'espoir après le désespoir, le fait de se sentir à un point tournant. Sous la troisième étape, la préparation, les thèmes suivants ont été repérés : le fait de croire, être en développement son introspection (activation de l'instinct de combat), être en développement et en établissement de son indépendance, le fait d'avoir des performances professionnelles soutenues, être en période de préparation, être dans un point tournant, ne plus se voir principalement comme une personne avec un TSM, être en lutte avec le TSM, prendre des décisions (reconstruire son indépendance), être déterminé. En ce qui concerne la quatrième étape, l'action, les thèmes suivants ont été repérés : le fait de vivre avec son TSM (semi-rétablissement), être en période d'apprentissage, découvrir les éléments clés du bien-être, être engagé activement dans une occupation significative, construire son indépendance consciente, être en période de reconstruction, être en route vers son rétablissement, passer du retrait à l'engagement, vivre avec le TSM, retrouver ce qui a été perdu et aller de l'avant, l'éveil (construction d'une interdépendance saine). Sous la cinquième étape, le maintien, les thèmes suivants ont été repérés : rétablissement complet (vivre au-delà du trouble de santé mentale), autonomie, maintien d'un équilibre entre les forces internes et externes, efforts d'intégration dans la communauté, performances professionnelles fructueuses, interdépendance consciente, croissance, stratégies d'adaptation actives plutôt que passives, vivre au-delà du TSM, amélioration de la qualité de vie, confiance en soi.

2.5 Les forces et limites des travaux de Leamy et al. (2011)

2.5.1 Forces du modèle conceptuel CHIME de Leamy et al. (2011)

Selon Leamy et al. (2011) les résultats en lien avec le modèle CHIME, la catégorie des processus, mettent en valeur les éléments ayant la plus grande pertinence au sens de la recherche et de la pratique clinique lorsqu'il est comparé à leurs autres modèles. Ces éléments pourraient contribuer à soutenir la réflexion clinique des professionnels concernant les interventions à mettre en place pour soutenir le processus dans lequel la personne vivant avec un TSM s'inscrit (Leamy et al., 2011, p.450).

Depuis sa parution, le modèle CHIME est le cadre conceptuel qui est le plus reconnu et le plus utilisé dans les écrits scientifiques. Plusieurs études l'ont utilisé afin d'évaluer l'expérience de rétablissement de différentes populations et de mettre en évidence certaines spécificités propres à celles-ci (p. ex. : Brijnath, 2015; Daley, Newton, Slade, Murray et Banerjee, 2012; Hammond et Debney, 2017; Petros, Solomon, Linz, DeCesaris et Hanrahan, 2015; Piat, Seida et Sabetti, 2017). D'autres l'ont repris afin d'explorer la validité de ses composantes ou de poursuivre la compréhension plus spécifique de certaines des composantes (Bird et al., 2014; Slade et al., 2012; Tew et al., 2012).

2.5.2 Limites du modèle conceptuel CHIME de Leamy et al. (2011)

Si le modèle CHIME présente l'avantage d'offrir une première structure permettant de classer les composantes principales au cœur du processus de rétablissement et de contribuer au développement de futurs outils de mesure de ce processus, il comporte toutefois la limite de

s'appuyer sur des études qui ont ciblé, de façon principale, la population adulte. Cela soulève la question de la possible application du modèle à d'autres populations. Rappelons d'ailleurs qu'un examen approfondi d'un échantillon des études recensées par Leamy et al. (2011), portant sur des résultats concernant des groupes ethniques minoritaires, a révélé quelques nuances à apporter au modèle conceptuel préliminaire. Enfin, bien que la recension de Leamy et al. (2011) offre un premier portrait exhaustif de la littérature concernant le rétablissement personnel, celle-ci date de bientôt dix ans. Le concept de rétablissement étant en croissance continue, il est possible de penser que certains aspects du concept ont évolué et ont pu être mieux cernés par des études récentes. Notamment, une étude publiée quelques années plus tard par Bird et al. (2014) permet une plus grande compréhension et interprétation de certaines composantes du modèle CHIME. De ce fait, une mise à jour des écrits scientifiques à ce sujet laisserait place à une meilleure interprétation du modèle conceptuel CHIME et du concept de rétablissement dans la recherche et la pratique actuellement.

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Daley et al. (2012) font ressortir des éléments du modèle CHIME qui diffèrent lorsque ce dernier est appliqué à une population vieillissante. Leur étude tentait de répondre à deux questions : 1) est-ce que les composantes du rétablissement chez les adultes identifiées par le modèle conceptuel CHIME de Leamy et al. (2011) sont similaires à celles chez les personnes âgées ? 2) y a-t-il des composantes supplémentaires qui seraient spécifiques à la clientèle vivant avec de la démence ? Afin de répondre à ces questions de recherche, les auteurs ont mené des entrevues individuelles avec 28 usagers de services en santé mentale âgés de 65 ans et plus. Ils ont ensuite retranscrit les réponses des usagers pour les analyser de manière inductive et en utilisant la technique de comparaison constante afin de faire émerger

les thèmes permettant de cerner le concept à l'étude. Les résultats de leurs analyses ont ensuite été présentés selon leur classification émergente. Par la suite, les auteurs ont comparé leurs thèmes émergents à ceux du modèle CHIME en mettant en évidence les différences et les similitudes entre ceux-ci. En ce qui concerne les différences observées chez les personnes âgées, l'étude de Daley et al. (2012) met en évidence que les composantes de l'identité et des relations sociales prennent un sens différent pour cette population (Daley et al., 2012). En effet, cette population ne poursuivrait pas une redéfinition de son identité dans son processus de rétablissement, mais désirerait plutôt conserver l'identité qu'elle a construite tout au long de sa vie (Daley et al., 2012). De plus, elle aurait peu d'intérêt quant à la recherche de soutien dans de nouveaux réseaux, préférant trouver le soutien dont elle a besoin auprès de ses relations de longue date (Daley et al., 2012). La coexistence de maladies physiques et des TSM chez les personnes âgées seraient une distinction importante puisqu'elle est davantage présente et les exposerait à devoir développer davantage de stratégies d'adaptation afin de bien fonctionner (Daley et al., 2012). Par ailleurs, l'autonomie de la personne âgée vivant avec de la démence et la contribution de son réseau évoluerait différemment avec le temps. En effet, puisqu'en raison de la dégénérescence du trouble, la contribution des donneurs de soins et des proches quant au développement de stratégies d'adaptation augmenterait progressivement, tandis que celle de la personne âgée diminuerait (Daley et al., 2012).

Par conséquent, il s'avère pertinent de se questionner quant à la possible transposition du modèle CHIME auprès d'une population plus jeune et au défi que cela pourrait présenter pour les intervenants. En outre, des différences pourraient être présentes notamment en ce qui concerne la composante des relations sociales puisque cette population vit une relation de dépendance

beaucoup plus grande avec ses parents au quotidien, ce qui n'est plus le cas à l'âge adulte (Ward, 2014). De plus, les groupes de pairs à l'adolescence aurait un plus grand impact sur leur relation avec leurs parents, sur le développement de leur identité et sur le sens qu'ils donnent à leur vie, et ce plus qu'à tout autre stade de développement (Tew, Ramon et Slade, 2012). D'ailleurs, en comparant l'adolescent étant en plein développement de son identité avec l'adulte pour qui celle-ci est déjà bien établie, la présence d'un TSM chez l'adolescent pourrait avoir des impacts particulièrement importants sur son processus complet (Ward, 2014). De ce fait, tout comme la population vieillissante qui vit une dégénérescence plutôt qu'une croissance ou un développement, il est possible de penser que le modèle CHIME s'applique avec quelques distinctions à la population en bas de 18 ans.

Somme toute, le modèle CHIME découlant de l'étude de Leamy et al. (2011) semble être un bon premier outil encadrant la compréhension du concept de rétablissement chez la population adulte. Toutefois, cette compréhension, bien qu'intéressante et pertinente, sous-estime l'importance du contexte social et environnemental dans lequel le concept se déploie (Leamy et al., 2011, p. 450). Les travaux de certains auteurs ont d'ailleurs mis en évidence l'importance de considérer le concept de rétablissement sous une perspective écologique qui permet d'inclure dans sa compréhension, en plus de la perspective individuelle, les facteurs environnementaux et les interactions qui s'y déroulent (Friesen, 2007; Onkel, Craig, Ridgway, Ralph et Cook, 2007). Cette perspective pourrait ainsi permettre d'avoir une compréhension holistique du concept de rétablissement et de comprendre l'interaction entre les différentes composantes du modèle CHIME, ce qui n'était pas mis en évidence dans les travaux de Leamy et al. (2011).

2.6 La perspective écologique de Bronfenbrenner (1979)

La perspective écologique a pris forme grâce aux travaux du chercheur et psychologue Urie Bronfenbrenner dans les années 1970. Celle-ci définit le développement et l'adaptation humaine selon le principe qu'un individu fait partie de différents environnements et contextes qui sont eux-mêmes interreliés et dont leurs interactions influencent le développement de ce même individu, mais aussi de son environnement dans le temps (Bronfenbrenner, 1979, p.21). Si l'on transpose cette compréhension au phénomène du rétablissement des adolescents vivant avec un TSM, l'adolescent et son environnement (familial, social, scolaire, communautaire, etc.) seraient perçus comme des systèmes qui s'influencent mutuellement, évoluant avec le temps tout en s'adaptant réciproquement aux différents changements qui s'opèrent. Les différents systèmes auxquels Bronfenbrenner fait référence dans cette perspective sont l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bronfenbrenner, 1979).

Le premier de ces systèmes, nommé l'ontosystème, met en évidence les caractéristiques de l'adolescent. Ces caractéristiques incluent les attributs physiques visibles tels que le sexe de la personne, la couleur de sa peau, son apparence physique, etc. Les caractéristiques de l'adolescent incluent aussi ses dispositions personnelles qui permettent ou non une interaction avec son environnement, soit ses qualités, ses défauts, ses traits de personnalité, etc. S'ajoutent au portrait des caractéristiques prises en compte les ressources personnelles de l'individu, qu'elles soient innées ou acquises, telles que les habiletés, expériences, connaissances, talents, handicaps, maladies, etc. Le second système, le microsystème, englobe tous les milieux de vie immédiats que l'adolescent côtoie et dans lesquels il joue un rôle actif, par exemple la famille, l'école, le travail,

le cercle d'amis, etc. Le troisième système, le mésosystème, correspond aux interrelations qui prennent place entre les microsystèmes. Selon Bronfenbrenner (1979), le nombre et la qualité des liens entre les microsystèmes seraient des indicateurs de la richesse du mésosystème et favoriseraient le développement de l'adolescent. Le quatrième système, l'exosystème, inclut les milieux dont l'adolescent ne joue pas un rôle actif, mais dans lesquels les événements qui y surviennent peuvent avoir une influence sur ses microsystèmes et donc sur son développement. Ces milieux peuvent être, par exemple, le milieu de travail du parent, le réseau social de ce même parent, le conseil administratif de l'école, etc. Le cinquième système, le macrosystème, implique l'ensemble des systèmes de croyances et de valeurs que la société dont l'adolescent fait partie soutient. Il réfère aux postulats mis en évidence de manière implicite ou explicite par une culture donnée qui auront une influence sur le fonctionnement de celle-ci (politiques gouvernementales, économiques, sociales, etc.). Enfin, le sixième système nommé chronosystème met en évidence la dimension temporelle des systèmes et du développement. Le chronosystème peut inclure des événements marquants dans l'histoire de l'adolescent, de sa famille ou autre et qui ont un impact sur le développement de celui-ci (p. ex. : décès d'un proche, naissance d'un frère ou d'une sœur, échecs scolaires consécutifs, déménagements, dépression, etc.). L'ensemble de ces systèmes seraient interreliés et le développement de l'adolescent se ferait à partir des processus proximaux, c'est-à-dire des interactions constantes et durables se produisant dans l'environnement immédiat de celui-ci (Bronfenbrenner, 1979). Selon cette perspective écologique, l'adaptation de l'adolescent pourrait avoir lieu lorsque ses caractéristiques personnelles (ontosystème) sont en adéquation avec celles des milieux (systèmes) dans lesquels il évolue (Bronfenbrenner, 1979).

En sommes, le recours à la perspective écologique pour guider notre compréhension du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM présente le potentiel de situer certains éléments spécifiques aux différents systèmes dans lesquels l'adolescent évolue et d'identifier les éléments qui y jouent un rôle clé. De ce fait, non seulement les caractéristiques uniques reliées à l'adolescent pourraient être mises en valeur, mais aussi les caractéristiques présentes dans son environnement lors de son processus de rétablissement (p. ex. : quelles sont les relations qui sont entretenues dans ses différents milieux de vie, sont-elles présentes, régulières, positives, en est-il dépendant, etc.).

2.7 Synthèse

En résumé, il s'avère que les TSM sont fréquents dans la population, toutes tranches d'âge confondues, et qu'ils entraînent des conséquences importantes tant sur le plan physique, social, psychologique, qu'occupationnel. Ces conséquences seraient d'ailleurs d'autant plus couteuses chez les jeunes puisque leur développement normal peut se voir ralenti ou entravé par celles-ci. Notamment, la présence d'un TSM durant la période développementale de l'adolescence pourrait avoir des conséquences sur le développement de l'identité et de l'autonomie. En réponse aux constats reliés aux conséquences des TSM, le gouvernement a mis sur pied, à 10 ans d'intervalle, deux PASM permettant d'encadrer les services populationnels à offrir en matière de santé mentale. Ceux-ci permettent alors de faire évoluer l'intervention entourant les TSM, et ce, en proposant une approche orientée vers le rétablissement qui reconnaît dès lors de rôle actif de la personne dans l'intervention et la place au centre de celle-ci plutôt que de mettre l'accent sur le TSM et ses conséquences. Si cette approche orientée vers le rétablissement se montre novatrice dans

l'intervention, le concept au cœur de celle-ci y demeure récent et demande à être éclairci afin d'être transposé adéquatement dans la pratique auprès de différentes populations.

À ce jour, plusieurs définitions du concept de rétablissement ont été mises en évidence dans la littérature. D'une part, certains auteurs l'ont défini comme un résultat, un état de fonctionnement dépourvu de symptômes du TSM, nommé rétablissement clinique par certains (Anthony, 1986; Liberman et Kopelowicz, 2002). D'autre part, certains auteurs auront tenté de le définir selon un processus unique, non-linéaire, impliquant différents changements, nommé rétablissement personnel (Anthony, 1993; Deegan, 1986). Les travaux de Leamy et al. (2011) auront d'ailleurs permis de rassembler l'ensemble des définitions de rétablissement personnel afin de bâtir le premier cadre conceptuel au sujet du concept. Leur cadre conceptuel aura identifié trois grandes catégories permettant d'organiser la compréhension de rétablissement personnel soit, 1) les caractéristiques de l'expérience du rétablissement 2) le processus de rétablissement (modèle CHIME) 3) les étapes de rétablissement. La principale retombée de leur étude s'ancrerait particulièrement dans le modèle CHIME, un modèle conceptuel incluant cinq composantes (les relations sociales, l'espoir, l'identité, le sens à la vie, l'empowerment). Ce dernier permet de soutenir la réflexion clinique, la pratique et a permis à plusieurs auteurs d'en faire usage dans le cadre de leur étude. Cela dit, à la suite de l'exploration des études incluses dans la recension de Leamy et al. (2011), il s'avère que les connaissances actuelles entourant le concept de rétablissement d'un TSM proviennent principalement d'études ciblant une population adulte. Or, le rétablissement pourrait se vivre différemment selon la tranche d'âge dans laquelle la personne se situe, tout comme l'étude de Daley et al. (2012) le met en valeur avec une population plus âgée. Considérant que les jeunes se trouvent aussi dans une tranche d'âge différente et dans une période

développementale particulièrement décisive, il importe de s'intéresser à la façon dont le rétablissement peut se vivre chez eux afin que les interventions tiennent compte de ces différences.

3. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L'ÉTUDE

À la suite de ces différents constats, il apparaît pertinent de s'intéresser plus en profondeur à la définition du concept de rétablissement, telle qu'elle s'articule pour une population adolescente. Ainsi, le présent mémoire aura tout d'abord pour objectif de dégager une définition opérationnelle et holistique du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM. De façon secondaire, le présent mémoire explorera ces résultats à la lumière du modèle de CHIME, soit en les comparant aux composantes de ce dernier afin d'en faire ressortir les similarités et les différences.

TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODE ET RÉSULTATS

1. L'ANALYSE DE CONCEPT

Afin de répondre au premier objectif, la méthodologie de l'analyse de concept a été retenue étant donné que les résultats découlant de celle-ci permettent entre autres de clarifier un concept abstrait et de produire une définition opérationnelle (Walker et Avant, 2011). De ce fait, c'est grâce à l'ensemble des résultats découlant des étapes de l'analyse de concept que l'objectif de ce mémoire pourra être répondu. De plus, la perspective écologique guidera l'organisation des résultats au courant du présent mémoire afin d'obtenir une représentation plus holistique du concept.

La méthodologie de l'analyse de concept est habituellement utilisée afin de clarifier un concept qui manque de clarté et ainsi favoriser une meilleure compréhension de celui-ci au moyen de différentes étapes permettant de décomposer le concept en éléments liés à sa structure interne (Tremblay-Boudreault, Durand et Corbière, 2014). Ainsi, la méthode est utilisée afin de soutenir le développement d'une définition opérationnelle du concept puisqu'elle permet d'exposer les caractéristiques se retrouvant au cœur de la définition du concept (Walker et Avant, 2011). De par sa structure, l'analyse de concept contribuerait aussi à la sélection d'un guide d'entrevue ou d'un instrument de mesure qui permette de documenter adéquatement la présence du concept ciblé, voire même de soutenir l'élaboration d'une mesure du concept lorsqu'un tel outil n'existe pas (Tremblay-Boudreault et al., 2014). Sur le plan de l'intervention, le développement d'une définition opérationnelle d'un concept peut contribuer à guider les objectifs de l'intervention et

donner des indicateurs de sa présence chez un usager. À ce jour, il existe plusieurs méthodes permettant de réaliser une analyse de concept.

Le pionnier de cette approche serait John Wilson (1963) avec sa méthode d'analyse de concept en 11 étapes permettant de cerner le concept choisi par le chercheur et d'y apporter un regard critique (Tremblay-Boudreault et al., 2014). De cette méthode, plusieurs autres ont découlé, dont celles plus connues de Rodgers (1994), de Chinn et Kramer (1995) et de Walker et Avant (2011). L'ensemble de ces méthodes incluent des étapes semblables dans la majorité des cas, allant du choix du concept cible et les raisons justifiant ce choix, à la présentation du but de l'analyse, à l'établissement des différents usages du concept, à l'établissement de ses caractéristiques fondamentales (attributs), et à la construction de cas permettant d'illustrer le concept en ayant recours à une recension des écrits (Tremblay-Boudreault et al., 2014). Dans le cadre de ce mémoire, c'est la méthode de Walker et Avant (2011) qui a été sélectionnée puisqu'en comparaison aux autres méthodes, elle décrivait les étapes d'analyse de façon plus claire, simple et systématique, tout en permettant d'avoir accès à la rigueur et à l'essence de la méthode (Walker et Avant, 2011). De plus, cette méthode serait la plus couramment utilisée, et ce, particulièrement dans les disciplines reliées à l'éducation et la santé (Tremblay-Boudreault et al., 2014).

1.1 La méthode de Walker et Avant (2011)

La méthode de Walker et Avant se définit en huit étapes systématiques décrites de façon linéaire, mais qui se déroulent de manière itérative afin d'assurer une analyse rigoureuse et précise des données. Tout d'abord, la première étape reliée à cette méthode consiste à sélectionner le concept d'intérêt qui sera au cœur de l'analyse et qui est pertinent à l'intérêt de recherche du

chercheur. La deuxième étape permet de définir le but de l'analyse en étayant la démarche réalisée lors de la recension des écrits qui s'imbrique dans cette étape. La troisième étape, l'établissement des usages, a pour objectif de détailler les définitions et les utilisations du concept selon différents contextes. La quatrième étape se rapportant à la détermination des attributs se doit de faire émerger les caractéristiques associées au concept et de sélectionner uniquement celles étant fondamentales et récurrentes. Ensuite, les étapes cinq et six, l'identification des cas (modèle, contraire, relié et limite), doivent mettre en évidence des exemples concrets reliés au domaine d'étude du chercheur afin d'illustrer de la façon la plus tangible possible de quelle façon le concept prend forme dans la pratique. En ce qui concerne l'étape sept, l'identification des antécédents et des conséquents, elle permet de représenter des contextes, événements, des états ou des caractéristiques qui viennent juste avant le concept ou qui sont leur conséquence. Enfin, la huitième étape identifie les référents empiriques qui sont en d'autres termes les indicateurs permettant de mesurer la présence du concept.

Les sections qui suivent détaillent les huit étapes d'analyse de concept proposées par la méthode de Walker et Avant (2011). La fonction de chaque étape y est d'abord définie avant de préciser de quelle manière ce dernier a été actualisé dans la présente étude. Donc, les sections qui suivent présentent à la fois des éléments méthodologiques ayant servi de guide à l'étude et les résultats de leur application dans le cadre du présent mémoire.

1.2 Sélectionner le concept : Étape 1

Les écrits méthodologiques sont unanimes à l'effet que la première étape de l'analyse de concept, nommément la sélection du concept, doit être effectuée avec soin (Tremblay-Boudreault,

Durand et Corbière, 2014; Walker et Avant, 2011). Pour Walker et Avant (2010), ainsi que Wilson (1963), ce choix doit se baser sur l'importance du concept dans la programmation de recherche du chercheur, et ce, en regard de ses différents contextes d'application, de ses limites et de sa pertinence pour l'avancement des connaissances dans le domaine d'intérêt.

D'entrée de jeu, le présent mémoire s'inscrit dans la ligne directrice de la programmation de recherche de la Pre Anne-Marie Tougas qui s'intéresse au rétablissement des jeunes vivant avec un TSM. Dès lors, les résultats de ce mémoire constitueront un apport important afin d'approfondir le premier volet de cette programmation de recherche concernant l'exploration du concept de rétablissement et de son application à la clientèle jeunesse. Considérant qu'avant même de s'intéresser à l'application d'un concept auprès d'une clientèle, il est primordial de bien le comprendre et d'en distinguer ses principales caractéristiques, ce mémoire permettra d'approfondir les connaissances à propos du rétablissement afin de l'utiliser adéquatement subséquemment. Par conséquent, la sélection du concept de rétablissement d'un TSM auprès de la clientèle adolescente était être un incontournable afin de soutenir l'articulation de la programmation de recherche de la Pre Anne-Marie Tougas.

Par ailleurs, la définition du concept de rétablissement tel qu'il s'applique aux adolescents vivant avec un TSM revêt une grande pertinence sur le plan scientifique. Tel qu'étayé dans le deuxième chapitre, ce concept bien exploré auprès des adultes l'est toutefois peu auprès de la population adolescente. À ce jour, il demeure impossible de savoir si la définition du rétablissement appliquée aux adultes peut se transposer chez les adolescents étant donné leurs stades développementaux complètement différents. De surcroît, l'importance de l'aspect social et

environnemental par rapport au concept de rétablissement semble avoir été négligé dans plusieurs définitions. De ce fait, le présent mémoire pourrait permettre de faire émerger de nouvelles connaissances concernant une définition opérationnelle et holistique du rétablissement chez cette population.

Enfin, bien que peu mise de l'avant par Walker et Avant (2011) pour justifier la sélection d'un concept, la pertinence sociale a également influencé notre choix. Rappelons ici que les trois quarts des TSM apparaîtraient au courant de la période de l'enfance et de l'adolescence et que les conséquences qui y sont associées auraient un impact important sur le développement à courts et longs termes de ces jeunes (Gouvernement du Canada, 2006). Ainsi, le résultat de cette analyse de concept pourrait ouvrir la porte vers une meilleure compréhension du processus de rétablissement auprès de cette clientèle particulière. En effet, puisque cette recherche permettra de mettre en valeur les indicateurs de la présence du concept, ceux-ci pourraient être utiles pour le psychoéducateur ou tout autre intervenant pour lui donner des pistes concernant la progression du jeune dans son rétablissement, de prioriser certaines interventions et cibler des thématiques importantes afin de favoriser le rétablissement. De plus, puisque les résultats de cette analyse de concept fourniront des indicateurs permettant de mesurer la présence du concept, il pourrait être possible de penser que de prochaines recherches puissent s'en servir afin de construire ou d'ajuster un instrument de mesure adapté à la clientèle adolescente.

1.3 Définir le but de l'analyse : Étape 2

Walker et Avant (2011) souligne que la présente étape se doit de décrire précisément les raisons pour lesquelles l'analyse de concept est réalisée. Par exemple, il peut s'agir de faire la

distinction entre les différents usages d'un même concept, de clarifier la signification d'un concept, de développer une définition opérationnelle, de développer un instrument de mesure ou enrichir une théorie existante. Clarifier l'utilité de l'analyse permettra ainsi au chercheur de faire des choix judicieux et efficaces dans la réalisation des prochaines étapes. Plus précisément, cela permettra au chercheur de sélectionner judicieusement les usages du concept essentiels à la poursuite de l'analyse de concept à l'étape de l'établissement des usages (étape 3).

Dans la perspective du présent mémoire, les objectifs retenus découlent du manque de connaissances concernant le rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM et de l'importance d'en dégager une définition afin de clarifier l'application du concept de rétablissement d'un TSM à la population adolescente, tant au point de vue de la recherche que de la pratique. De ce fait, le principal objectif poursuivi par l'étude est de définir de manière opérationnelle et holistique le concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM.

Un objectif secondaire consiste à explorer ces résultats à la lumière du modèle de CHIME. Ainsi, les résultats seront discutés à travers le quatrième chapitre intitulé « Discussion » à la lumière du modèle de CHIME, soit en les comparant aux composantes de ce dernier afin d'en faire ressortir les similarités et les différences.

1.4 Établir les différents usages : Étape 3

1.4.1 Description de l'établissement des usages

Walker et Avant (2011) présentent la troisième étape de l'analyse de concept comme un bilan exhaustif permettant d'exposer les façons d'utiliser le concept dans différents contextes, ainsi

que les définitions qui lui sont attribuées selon les différentes perspectives historiques ou disciplinaires. Il s'agit d'une étape déterminante, car la recension des usages du concept sert de base de données pour les prochaines étapes de l'analyse de concept. Par ce fait même, elle permet d'appuyer le choix des attributs (c'est-à-dire les caractéristiques déterminantes qui reviennent le plus fréquemment lorsqu'on évoque le concept) les plus pertinents au concept choisi et de clarifier certains termes et concepts qui y sont analogues.

À cette étape, Walker et Avant (2011) recommandent de rendre compte du concept de façon holistique en prenant en considération tous les écrits possibles et en relevant toutes les définitions existantes, sans limitation à certains domaines ou disciplines. À la suite de ce bilan exhaustif, le chercheur doit établir s'il continue à considérer tous les usages du concept ou s'il privilégie certains d'entre eux pour la suite de son analyse. Cette décision se détermine principalement en regard des buts de l'analyse. Autrement dit, le chercheur décidera des usages nécessaires à approfondir en tenant compte des questions de recherche et du contexte dans lequel il souhaite appliquer le concept.

1.4.2 La recension des écrits : création de la base de données

Dans la présente analyse de concept, une seule stratégie de recherche dans les écrits a été utilisée afin de recenser les définitions et les usages du concept de rétablissement nécessaires, c'est-à-dire la recherche dans les moteurs de recherche spécialisés (la figure 1 illustre la démarche de cette recension).

Cette recension a été réalisée à partir de moteurs de recherche spécialisés. Les banques de données suivantes ont été consultées : CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES, Social Work Abstracts, SocINDEX. La base de données ProQuest a aussi été explorée, de même que les banques de données suivantes : Dissertations and Theses at Université de Sherbrooke, ProQuest Dissertations and Theses Global, Social Science Database et Sociology Database. Ces banques de données ont été identifiées comme étant les plus indiquées au regard du concept, car ce dernier est rattaché aux domaines de la psychologie, des sciences sociales et de la santé.

Trois blocs de mots clés ont été déterminés pour cerner le concept de rétablissement d'un TSM tel qu'il s'applique auprès d'une population adolescente. Pour les deux premiers blocs de mots clés, des descripteurs reliés aux termes de recherche ont été identifiés en se référant aux thésaurus de chacune des banques de données. Les descripteurs ont été utilisés pour améliorer la recherche à l'aide de l'indexation « sujet » des articles. Lorsque disponibles, les thésaurus ont aussi permis d'identifier des mots clés analogues au concept qui ont été inclus dans les blocs de mots clés. Le premier bloc ciblait le concept de rétablissement et se composait généralement de : "Recovery" OR "Rétablissement". Le deuxième bloc se référait au concept de santé mentale et incluait généralement : « Mental Health" OR "Mental Illness" OR "Mental Disorders" OR "Trouble de santé mentale" OR "Santé mentale". Le troisième bloc pour sa part servait à restreindre la recherche à la population cible, soit les jeunes de moins de 18 ans : child* OR youth OR teen* OR adolesc*. Bien qu'il fût possible de sélectionner la population ciblée à l'aide de filtres à même certaines banques de données, l'ajout de ce bloc de mots clés a permis d'uniformiser la recherche dans toutes les banques de données parcourues. Néanmoins, lorsque ce filtre était disponible sur la banque donnée, il était aussi utilisé de façon à sélectionner les groupes d'âge situés entre 0 et 18

ans, et ce, afin de resserrer les résultats. L'opérateur booléen OR a été utilisé entre les blocs de mots clés ciblant le même concept dans le but de bien couvrir l'étendue de celui-ci dans la littérature. La conjonction des blocs de mots clés par l'opérateur booléen AND a ensuite permis d'identifier des études qui ciblaient à la fois les aspects du rétablissement, des TSM et de la population de moins de 18 ans.

Pour être incluses dans l'analyse de concept, les études devaient être rédigées en français ou en anglais et avoir été publiées avant février 2019. Ensuite, les études devaient contenir l'une ou l'autre des informations suivantes : une définition du concept de rétablissement, une façon d'utiliser le concept de rétablissement (usage), ses principales caractéristiques (attributs), un aperçu des éléments qui le précèdent (antécédents) ou qui en découlent (conséquents), ainsi que la manière de le mesurer (référénts empiriques). Ses informations étaient nécessaires à la réalisation de chacune des étapes de l'analyse de concept, puisqu'elles en sont les composantes principales. Enfin, l'étude devait contenir de l'information sur le rétablissement propre à un TSM et s'appliquer à la population de moins de 18 ans. Toutefois, considérant le bassin restreint d'études ciblant uniquement les enfants et adolescents, les études dont la majorité de la population étudiée se situait sous 18 ans ont été incluses. Les articles portant sur tout autre type de rétablissement que celui en lien avec les TSM ont été exclus. Par exemple, c'était le cas si l'étude concernait le rétablissement physique ou le rétablissement à la suite d'une catastrophe naturelle sans mettre l'accent sur le rétablissement d'un TSM au sens où il a été défini dans l'introduction du présent mémoire : « Les TSM se définissent par l'altération de la pensée, des comportements, de l'humeur ou de leur combinaison (Gouvernement du Canada, 2006). Cet état psychologique porte atteinte au

fonctionnement de la personne et peut évoluer, selon l'intensité des symptômes, vers une détresse significative ». Enfin, les études ciblant une population uniquement adulte ont été exclues.

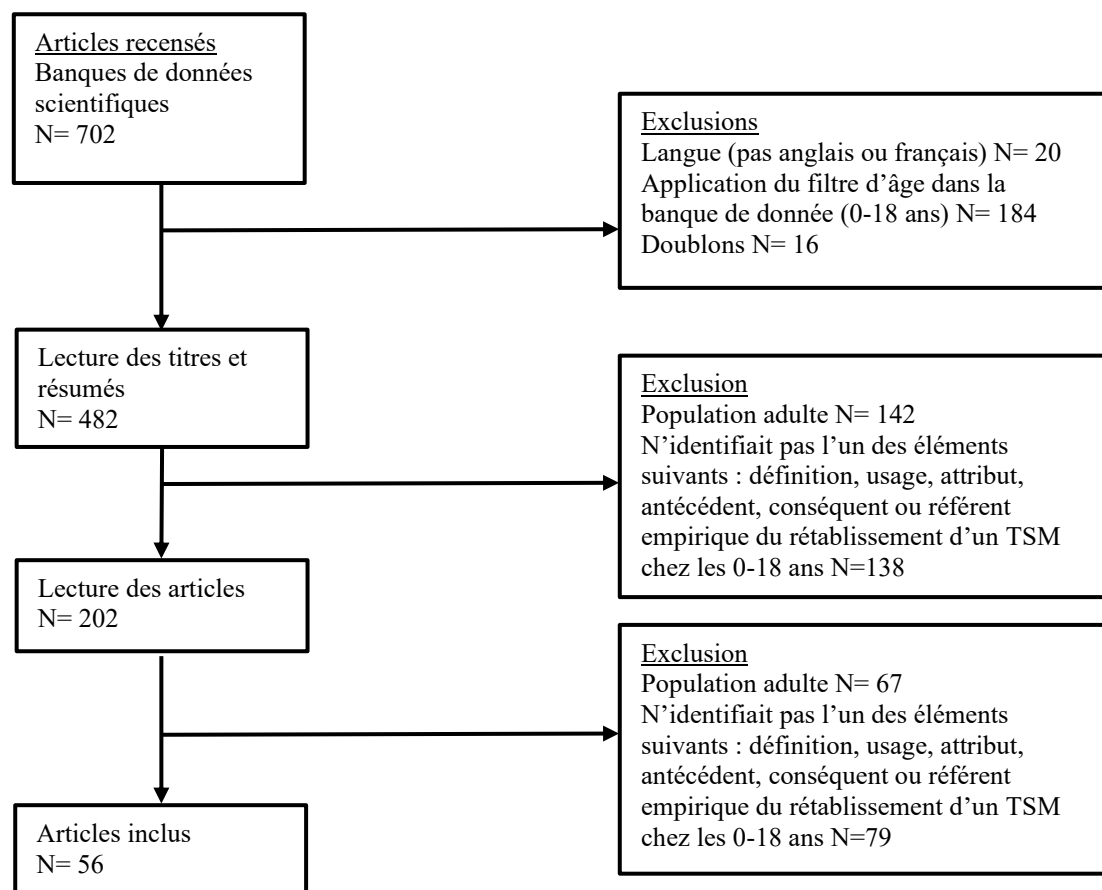


Figure 1. Démarche de recension dans les banques de données : CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES, Social Work Abstracts, SocINDEX

1.4.3 L'extraction des données

De cette démarche, 56 études ont été sélectionnées pour être ensuite importées dans le logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018) dans le but de réaliser une analyse thématique permettant de faire ressortir les données pertinentes pour la suite de l'analyse de

concept. Cinq grandes catégories ont été créées au préalable dans le logiciel afin de classer les informations nécessaires aux prochaines étapes de l'analyse de concept : usages (étape 3), attributs (étape 4), antécédents (étape 7), conséquents (étape 7) et référents empiriques (étape 8).

Pour faciliter l'analyse des informations dans la présente étape, les thèmes « définitions » et « usages » ont été créés sous la catégorie « usages ». Pour être extraite et classée sous le thème « définitions », l'information contenue dans l'étude devait répondre à la question suivante : « Quelle est la définition établie du rétablissement d'un TSM chez la population ciblée? ». Ainsi, la définition devait être tirée de références scientifiques, ou être proposée par un chercheur détenant une expertise dans le domaine. En ce qui concerne le thème « usages », pour être extraite et classée sous celui-ci, l'information contenue dans l'étude devait répondre à l'une des questions suivantes : « Comment le concept de rétablissement d'un TSM est utilisé? » ou « Dans quel contexte le concept est utilisé? ». Par conséquent, les extraits devaient décrire la manière dont le concept est appliqué dans l'intervention ou dans un contexte précis tel que le contexte historique, politique ou disciplinaire.

Les sections qui suivent présentent, dans un premier temps, les résultats obtenus à la suite de l'extraction des définitions du concept à l'étude et, dans un deuxième temps, les résultats dégagés de l'extraction, ainsi que de l'analyse de ses usages. À la toute fin, une synthèse des résultats est présentée, de même que la définition retenue pour la suite des étapes de cette analyse de concept.

1.4.4 Les définitions du concept

Sur l'ensemble des 56 études sélectionnées, un total de 16 définitions différentes du concept de rétablissement ont été extraites. Ces définitions réfèrent à des extraits de textes proposés par un même auteur ou un même groupe d'auteurs au sujet du concept ciblé. Ces définitions générales du rétablissement d'un TSM sont présentées dans le tableau 1 et ont été classées sous les cinq contextes disciplinaires auxquels se rattachent les auteurs qui les ont proposées (psychiatrie, psychologie, santé mentale communautaire, travail social et ergothérapie). En faisant l'extraction des définitions du concept à l'étude, d'autres définitions analogues ont été retenues puisqu'elles contribuaient à préciser le concept à l'étude en considérant la manière dont il est défini dans des contextes spécifiques (p. ex. familial, social, professionnel, etc.), des sphères de fonctionnement (p. ex. psychologique, physique, sociale, etc.) ou en rapport à des TSM en particulier (p. ex. troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble des conduites alimentaires, etc.). Ces définitions analogues se retrouvent dans le tableau 2. Il est à noter que l'identification de ces définitions analogues permettra, un peu plus tard dans les analyses, de sélectionner les caractéristiques fondamentales (attributs) qui figurent au cœur du concept à l'étude, car ces dernières se reconnaissent par leur présence à la fois dans les définitions analogues et générales.

Les sections suivantes présentent les résultats de l'extraction des définitions générales et analogues du concept à l'étude en respectant l'organisation par contexte disciplinaire proposée dans le tableau 1 : la psychiatrie, la psychologie, la santé mentale communautaire, le travail social et l'ergothérapie. Toutes disciplines confondues, les définitions du concept de rétablissement d'un TSM chez les adolescents reflètent deux grandes perspectives : axée sur le résultat et axée sur le

processus. La première, souvent associée à la définition de rétablissement clinique, met l'accent sur un résultat attendu et implique qu'un adolescent « rétabli » présente un état ou un fonctionnement jugé satisfaisant qui concerne le plus souvent ses symptômes ou son diagnostic liés à un TSM. En revanche, la deuxième renvoie plutôt à une notion de processus qui implique qu'un adolescent « en rétablissement » s'inscrit dans un cheminement dynamique et continu dans le temps. Cette deuxième perspective s'articule pour sa part autour de la définition de rétablissement personnel. Ces deux perspectives serviront à organiser les définitions établies dans les prochaines sections selon chacune des disciplines. À défaut des utilisations déjà existantes, soient le rétablissement clinique et rétablissement personnel, la terminologie « perspective axée sur le résultat » et « perspective axée sur le processus » a été adoptée pour classer les différentes définitions. Cette décision a été prise afin d'être en cohérence avec les prochaines étapes de l'analyse de concept et faciliter leur analyse étant donné que chacune décortique le concept selon une temporalité différente. Par exemple, dans le cas de la perspective axée sur le résultat, elle permettra de soutenir l'identification des conséquences (résultats) suivant l'apparition du concept (conséquents, étape 7). De plus, la terminologie adoptée permettait de classer plus aisément les différentes définitions, notamment lorsque la définition n'était pas identifiée dans la littérature comme clinique ou personnelle.

1.4.4.1 Psychiatrie

Perspective axée sur le résultat. Deux définitions ont été repérées dans les écrits du domaine de la psychiatrie pour définir le rétablissement clinique. Pour Lieberman et Kopelowicz (2005), ainsi que Lloyd, Waghorn et Williams (2008), le rétablissement clinique se définit comme la réduction ou la rémission des symptômes ressentis par l'adolescent. Dans leur cas, Kovacs,

Gatsonis, Pollock et Paronne (1994) précisent qu'une diminution considérable des symptômes, voire complète est nécessaire, et ce, pendant une période d'au moins deux mois pour déterminer que l'adolescent est rétabli (p. 536-537).

Toujours dans le domaine de la psychiatrie et sous une perspective axée sur le résultat du rétablissement, cinq définitions analogues ont été repérées et ajoutent des précisions au concept de rétablissement en l'appliquant à différents TSM ou sphères de fonctionnement. En 2013, Lo Sauro, Castellini, Lelli, Faravelli et Rica (Cité dans Campbell et Peebles, 2014) soutiennent que lorsque le concept est appliqué aux troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie, etc.), l'adolescent est considéré rétabli lorsque ses habitudes alimentaires sont normalisées et qu'il atteint à nouveau une flexibilité alimentaire (p.588). L'adolescent devrait aussi atteindre un rétablissement psychologique qui implique l'atteinte d'un état de fonctionnement interpersonnel, psychosocial et professionnel qui correspond à son âge (Campbell et Peebles, 2014, p.588). Dans le cas du rétablissement d'un TSM relié aux substances (dépendance et abus), l'atteinte d'un mode de vie sobre, en bonne santé et impliquant une citoyenneté active sont des aspects importants à maintenir pour être considérés rétabli (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007, p. 221). En ce qui concerne le rétablissement d'un trouble dépressif majeur, Frank et al. (1991) indiquent que l'absence du TSM durant un minimum de deux mois est nécessaire pour indiquer que l'adolescent est rétabli (p. 854). Dans le contexte d'un trouble anxieux, l'adolescent est considéré rétabli lorsqu'il y a absence de critères suffisants pour poser le diagnostic à la fin de la période de suivi (Last, Perrin, Hersen et Kazdin, 1996, p. 1505).

Perspective axée sur le processus. Deux définitions provenant du domaine de la psychiatrie s'inscrivent dans une perspective axée sur le processus. Mancini et al. (2005) définissent qu'un adolescent en rétablissement est un adolescent qui reprend du pouvoir sur sa vie et développe ses façons de penser. Dans la même lignée, en 2004, le National Consensus Statement on Mental Health Recovery (Cité dans Friesen, 2007, p. 45) indique que le rétablissement n'est pas linéaire et se définit dans un processus où l'adolescent doit entre autres se responsabiliser, prendre le contrôle de sa vie et demander du soutien de son environnement proche.

Afin de compléter ces deux définitions, cinq définitions analogues repérées permettent d'apporter certaines précisions quant au rétablissement personnel lorsqu'il est appliqué à différents contextes et TSM. Lorsqu'appliqué au trouble d'abus de substance, être en rétablissement pour Rounsaville (1986), ainsi que pour Spear et Skala (1995), ne suivrait pas un cheminement linéaire et le maintien d'un mode de vie prosocial et sans drogue serait un processus variable d'un adolescent à l'autre. Dans l'étude de Lal (2010), plusieurs définitions concernant le rétablissement y sont présentées, soit le rétablissement autothérapeutique, contextuel, professionnel et social (p. 83). Le rétablissement contextuel implique le soutien et l'accommodement dans l'environnement physique, politique, social et économique de la personne (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron et Kangas, 2006, p. 641). En ce qui concerne le rétablissement autothérapeutique, professionnel et social, ils impliquent tous une participation active de la personne dans les activités ou relations reliées au type de rétablissement. Être en action semble ainsi être un aspect important entourant ces définitions analogues (Lieberman et Kopelowicz, 2005; Lloyd et al., 2008).

1.4.4.2 Psychologie

Perspective axée sur le résultat. Lorsqu'il est question de rétablissement axé sur le résultat dans le contexte disciplinaire de la psychologie, les symptômes et le diagnostic sont mis au premier plan. Le rétablissement est défini dans l'étude de Roberts et Broadman (2013) comme l'atténuation des symptômes relié au TSM, à un arrêt de la médication si elle était présente et à un retour à la vie d'avant (p. 402).

Une définition analogue se divisant en deux segments provenant de White (2002) a été repérée. Le premier segment indique que la période de temps utilisée pour désigner qu'un individu est rétabli d'un TSM chronique est habituellement fixée à cinq ans sans la présence de symptômes (White, 2002, p. 29). White (2002) présente aussi le rétablissement lorsqu'il est appliqué aux problèmes de consommation et souligne que l'expression « être rétabli » offre aux adolescents qui ont atteint un état de sobriété stable un sens et évoque un réel espoir concernant une résolution permanente des problèmes de consommation (White, 2002, p. 29).

Perspective axée sur le processus. Dans le domaine de la psychologie, huit définitions mettent en évidence la perspective axée sur le processus. L'une des premières définitions à avoir été proposées provient de Anthony (1993) et décrit le rétablissement comme étant un processus unique pour chacun qui impliquerait différents changements concernant les attitudes, valeurs, émotions, buts et rôles chez la personne (p. 18). Ce serait une façon de vivre une vie satisfaisante malgré les limitations entraînées par le TSM (Anthony, 1993, p. 18). Deegan (1996) ajoute que le rétablissement dans ce cas ne serait pas à propos d'un retour à un stade antérieur au TSM, mais plutôt un processus impliquant une transition positive dans différents domaines qui demanderait

de l'adaptation et de l'acceptation (p. 14). Le concept serait défini comme un processus multidimensionnel de transformation impliquant une transition positive dans différents domaines incluant le travail, le fonctionnement social, la participation dans la communauté et l'éducation (Anthony, 1993; Deegan, 1996; 1998). Les définitions de Romano et al. (2010), Tan, Gould, Combes et Lehmann (2014) ainsi que de Whitwell (1999) vont dans la même orientation en mettant en valeur que l'adolescent emprunte une nouvelle direction dans laquelle il progresse, qu'il va vers l'avant en apprenant des expériences passées plutôt que de retrouver cet état passé. Anthony, Rogers et Farkas (2003) de leur côté mettent en valeur deux éléments centraux, soit l'autonomie et l'individualisation (p. 105). Ces auteurs indiquent aussi que chaque personne construirait sa définition personnelle du rétablissement, puisqu'il serait unique pour chacun (Anthony et al., 2003, p. 105-106). L'étude publiée par Roberts et Boardman en 2013 (cité dans Bonnett, 2016), met en valeur que le rétablissement serait aussi défini comme une façon de vivre une vie satisfaisante, rempli d'espoir, valorisant la collaboration, la prise de décision dans les choix et objectifs personnels (p. 3). Il serait aussi défini comme un processus naturel de guérison (Roberts et Boardman, 2013, p. 402). Dans le cadre de la thèse de Bonnett (2016), cette dernière indique que le cheminement du rétablissement inclurait une vision positive, des activités significatives et un réajustement des buts permettant leur atteinte ainsi que l'inclusion de la personne (p. 93).

À ces définitions s'en ajoute une analogue, celle de White (2002), qui définit le rétablissement appliqué au trouble de dépendance à une substance comme un concept qui met en valeur une dynamique et le développement d'un processus de rétablissement de la dépendance (White, 2002, p.29).

1.4.4.3 Santé mentale communautaire

Perspective axée sur le résultat. En ce qui concerne le rétablissement défini sous une perspective axée sur le résultat dans le domaine de la santé mentale communautaire, aucune définition n'a été repérée à partir des 56 études sélectionnées dans le cadre de ce mémoire.

Perspective axée sur le processus. Dans le domaine de la santé mentale communautaire, trois définitions ont été extraites. Leavey (2005) indique que le processus de rétablissement passe par une mise en perspective de son identité sociale depuis le TSM et une réévaluation de celle-ci en fonction de ce nouvel aspect qui fait maintenant partie de sa vie (p. 118). Ce processus contiendrait quatre étapes : 1) l'émergence du TSM, 2) les pertes, 3) l'adaptation et 4) le rétablissement (Leavey, 2005, p. 121)). Chaque adolescent pourrait traverser ces étapes de façon non linéaire et en vivre plus d'une à la fois (Leavey, 2005, p. 121). Le cheminement de chacun serait influencé par leur vécu, leurs forces, leurs difficultés et leurs expériences personnelles (Leavey, 2005, p. 121). La définition provenant de SAMHSA (2004) met en valeur un cheminement de guérison et de transformation guidant l'adolescent vers l'atteinte d'une vie satisfaisante dans la communauté tout en tentant d'atteindre son plein potentiel. Dans l'ensemble, ces deux définitions soulignent un cheminement très personnel permettant à l'adolescent de vivre une vie satisfaisante malgré les obstacles découlant du TSM (Leavey, 2005; SAMHSA, 2004).

À ces définitions générales, une seule définition analogue s'ajoute et elle concerne le rétablissement mutuel. Ce type de rétablissement serait vu comme un processus d'interaction entre l'adolescent vivant avec un TSM et les personnes de son réseau par lequel chacun vivrait des

changements bénéfiques dus au processus de rétablissement de l'adolescent. De ce fait, il impliquerait un gain mutuel dû à la relation d'aide avec l'adolescent (Valleros et al., 2016, p. 263).

Perspective mixte. Dans le cadre du contexte disciplinaire de la santé mentale communautaire, Jacobson et Greenley (2001) sont les seuls auteurs ayant tenté de comprendre le rétablissement en incluant la perspective axée sur le processus et le résultat. Ils soulignent que la définition de rétablissement pourrait ou non impliquer l'aspect de rétablissement clinique (p. 482). Ainsi, l'atténuation partielle ou complète des symptômes pourrait faire partie du processus, mais n'en serait pas un critère absolu. L'espoir et l'autodétermination seraient au cœur du processus et seraient importants pour que l'adolescent vivant avec un TSM soit en mesure de cibler ses propres objectifs liés à son rétablissement, de prendre des décisions concernant son processus lui permettant d'entrevoir un avenir satisfaisant (Jacobson et Greenley, 2001, p. 482-483). L'inclusion de la perspective du rétablissement clinique serait donc déterminée par les objectifs et la vision que l'adolescent a de son rétablissement et de sa vie (Jacobson et Greenley, 2001, p. 483). C'est-à-dire que si l'adolescent définit son rétablissement par une diminution considérable de ses symptômes, un fonctionnement normal pour son âge ou le retrait de son diagnostic, le rétablissement clinique pourrait donc faire partie de la définition.

1.4.4.4 Travail social

Perspective axée sur le résultat. Dans le domaine du travail social, aucune définition de rétablissement défini sous une perspective axée sur le résultat n'a été repérée à travers les 56 études sélectionnées.

Perspective axée sur le processus. Dans les écrits qui ont été recensés dans le domaine du travail social, deux définitions portant sur le rétablissement des TSM auprès des adolescents ont été extraites et exposent uniquement la perspective axée sur le processus. Noordsy et al. (2002) soulignent que le rétablissement inclurait une composante d'espoir, de responsabilité personnelle et d'avancement malgré le TSM (p. 325). Dans le même ordre d'idées, en 2005 l'étude de Davidson, Borg, Marin et Topor (cité dans Ward, 2014, p. 84) met en évidence que la définition du concept implique que l'adolescent en rétablissement soit en redéfinition de son espoir, qu'il soit en apprentissage de stratégies permettant la gestion de ses symptômes reliés à son TSM et qu'il soit en mesure de surmonter l'obstacle de la stigmatisation.

1.4.4.5 Ergothérapie

Perspective axée sur le résultat. En ce qui concerne le domaine de l'ergothérapie, aucune définition générale n'a été repérée concernant la perspective axée sur le résultat. En contrepartie, une définition analogue conjointement avec le domaine de la psychiatrie a été repérée. Celle-ci définit le rétablissement clinique comme la rémission ou la réduction de symptômes reliée au TSM de l'adolescent (Lieberman et Kopelowicz, 2005; Lloyd et al., 2008).

Perspective axée sur le processus. De même que la perspective axée sur le résultat dans ce domaine, aucune définition générale n'a été repérée. Toutefois, lorsqu'il est question des définitions analogues, quatre ont été repérées. De ces quatre définitions, trois proviennent d'écrits rassemblant le domaine de l'ergothérapie et de la psychiatrie. La première met en valeur la notion de rétablissement des soins personnels et il impliquerait une participation significative pour l'adolescent à des activités personnelles et fondamentales de soins personnels (p. ex. : cuisiner,

gérer ses déplacements, gérer ses symptômes, etc.; Lieberman et Kopelowicz, 2005; Lloyd et al., 2008). La deuxième, le rétablissement professionnel, impliquerait une participation significative de l'adolescent dans son emploi s'il en a un, son éducation et ses loisirs (Lieberman et Kopelowicz, 2005; Lloyd et al., 2008). La troisième, le rétablissement social, impliquerait que l'adolescent ait une participation significative dans ses relations sociales, rôles sociaux et activités sociales (Lloyd et al., 2008, p. 326). Enfin, la quatrième définition analogue provenant uniquement du domaine de l'ergothérapie met en valeur les composantes au cœur de la définition de rétablissement personnel. Celles-ci seraient l'espoir, l'autodétermination, les activités significatives, la responsabilisation, la transformation, la spiritualité et les stratégies d'adaptation (Lal, 2010, p. 83).

Tableau 1. Définitions du concept de rétablissement repérées dans les études incluses selon leurs contextes disciplinaires

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Définition (traduction libre)
Psychiatrie			
1.	Kovacs et al. (1994)	Kovacs et al. (1994)	Absence de symptômes appartenant au diagnostic ou au plus un symptôme clinique du dx pendant une période de minimum 2 mois.
2.	Mancini et al. (2005)	Whitley, Harris, Fallot et Berley (2008)	Processus permettant de retrouver sa vie et qui a pour conséquence de développer les façons de penser de la personne.
3.	National Consensus Statement on Mental Health Recovery (2004)	Friesen (2007)	<p>Le rétablissement est non linéaire (accepter de reculer), met en valeur la responsabilisation personnelle et se concentre sur le soutien des pairs.</p> <p>Inclut les éléments suivants: Vision holistique, centrée sur la personne et sur ses forces, autodétermination, autonomie, respect et la réduction de la stigmatisation, l'espoir et l'optimisme, non linéaire, responsabilisation personnelle et le soutien des pairs.</p>
Psychologie			
4.	Anthony (1993)	Whitley et al. (2008)	Processus profondément personnel et unique impliquant un changement d'attitude, de valeurs, d'émotions, de buts, d'habiletés et/ou de rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et enrichissante malgré les limitations entraînées par le TSM. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie de la personne malgré les impacts du TSM.
5.	Anthony (1993); Deegan (1996); Deegan (1998)	Whitley et al. (2008)	Processus multidimensionnel de transformation impliquant une transition positive dans différents domaines incluant le travail, le fonctionnement social, la participation dans la communauté et l'éducation.
6.	Anthony et al. (2003)	Friesen (2007)	La vision du rétablissement personnel est reliée à deux concepts principaux qui se retrouvent dans plusieurs écrits sur le rétablissement; l'autonomie et l'individualisation. Cette perspective suggère que chaque individu définit par lui-même ultimement son propre rétablissement.

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Définition (traduction libre)
7.	Deegan (1998)	Bonnett (2016)	Ce n'est pas à propos de retourner à la même vie « d'avant » le TSM, mais à propos d'adaptation, d'acceptation et d'une nouvelle direction qui met l'accent sur le rétablissement personnel et le fait de vivre une vie satisfaisante.
8.	Bonnett (2016)	Bonnett (2016)	Le cheminement du rétablissement implique une vision positive, des activités significatives et une réévaluation des buts afin de favoriser l'inclusion et l'atteinte des buts.
9.	Roberts et Boardman (2013)	Bonnett (2016)	Processus naturel de guérison
		Bonnett (2016)	Vivre d'une façon satisfaisante et remplie d'espoir valorisant la collaboration, les choix et les objectifs personnels.
10.	Romano et al. (2010); Tan et al. (2014)	Bonnett (2016)	Aller de l'avant, dans une nouvelle direction et apprendre des expériences passées plutôt que de retrouver un état antérieur.
11.	Whitwell (1999)	Bonnett (2016)	Processus impliquant le développement de nouvelles forces provenant de l'expérience due au TSM. Ce n'est pas un simple retour à la vie d'avant, mais une progression vers de nouvelles connaissances.
Santé mentale communautaire			
12.	Jacobson et Greenley (2001)	Mulvale et Bartram (2009)	Le rétablissement est perçu comme un cheminement où la personne apprend à vivre de façon satisfaisante malgré les périodes de crise vécues dues à son TSM. Cette compréhension du rétablissement peut inclure ou non la notion de rétablissement clinique.
13.	Leavey (2005)	Veater (2016)	Le rétablissement implique de rétablir son identité sociale depuis l'émergence du TSM
		Leavy (2005)	Processus incluant quatre étapes : 1) l'émergence du TSM 2) les pertes, 3) l'adaptation, 4) le rétablissement. Ces étapes ne doivent pas être interprétées de façon linéaire ou fixe. Ces étapes sont dynamiques et chaque personne peut avancer et reculer dans ces étapes. Chaque personne peut progresser et régresser puisque le cheminement de chacun est influencé par ses expériences, ses forces et ses faiblesses. Chaque individu peut bouger à travers les étapes et peut en vivre plus d'une au même moment.

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Définition (traduction libre)
14.	SAMHSA, (2004)	Mulvale et Bartram (2009)	Un cheminement (journey) de guérison et de transformation permettant à la personne vivant avec un TSM de vivre une vie satisfaisante dans la communauté de son choix en tentant d'atteindre son plein potentiel.
Travail social			
15.	Davidson et al. (2005)	Ward (2014)	Inclut les thèmes principaux suivants : redéfinition de l'espoir, surmonter la stigmatisation, apprendre à gérer les symptômes reliés au TSM.
16.	Noordsy et al. (2002)	Ward (2014)	Inclut les composantes de l'espoir, de responsabilité personnelle et le fait d'avancer malgré la maladie.

Tableau 2. Définitions analogues au concept de rétablissement repérées dans les études incluses selon leurs contextes disciplinaires

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Contexte disciplinaire	Définition (traduction libre)
Rétablissement clinique				
1.	Lieberman et Kopelowicz (2005). Lloyd et al. (2008).	Lal (2010)	Psychiatrie, ergothérapie	Rémission ou réductions des symptômes.
2	Roberts et Boardman (2013)	Bonnett (2016)	Psychologie	Atténuation des symptômes, arrêt de la médication et un retour à la vie avant le TSM
Rétablissement personnel				
3.	Lal (2010)	Lal (2010)	Ergothérapie	Composantes: Espoir, autodétermination, activités significantes, responsabilisation, transformation, spiritualité, stratégies d'adaptation.
Rétablissement des comportements				
4.	Lo Sauro et al. (2013)	Campbell et Peebles (2014)	Psychiatrie	Inclus la normalisation des habitudes alimentaires et le retour de la flexibilité alimentaire
Rétablissement contextuel/environnemental				
5.	Davidson et al. (2006)	Lal (2010)	Psychiatrie	Soutien et accommodation dans l'environnement physique, politique, social et économique de la personne.

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Contexte disciplinaire	Définition (traduction libre)
Rétablissement (dépendance à une substance)				
6.	The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007)	Lal (2010)	Psychiatrie	Maintenir volontairement un mode de vie impliquant la sobriété, la santé personnelle et la citoyenneté active.
7.	White (2002)	Moberg et Finch (2007)	Psychologie	<i>Être en rétablissement</i> met en valeur une dynamique, le développement d'un processus de rétablissement de la dépendance. <i>Être rétabli</i> offre une signification pour ceux qui ont atteint un état de sobriété stable et évoque un réel espoir pour une résolution permanente des problèmes de consommation d'alcool ou autres drogues. La période utilisée pour désigner une personne qui s'est rétablie d'un TSM chronique est habituellement de cinq ans sans la présence de symptômes.
Rétablissement d'un trouble d'abus de substance				
8.	Rounsaville (1986); Spear et Skala (1995)	Jainchill, Hawke et Messina (2005)	Psychiatrie	L'expérience de rétablissement n'est habituellement pas linéaire; l'abstinence n'est pas continue et le maintien d'un mode de vie prosocial et sans drogue est un processus variable
Rétablissement des soins personnels/auto thérapeutique				
9.	Lieberman et Kopelowicz (2005). Lloyd et al. (2008).	Lal (2010)	Psychiatrie, ergothérapie	Participation significative à des activités personnelles et fondamentales de soins personnels/auto thérapeutiques (p. ex. gestion de symptômes, cuisiner, gestion des finances, transport).
Rétablissement d'un trouble anxieux				
10.	Last et al. (1996)	Last et al. (1996)	Psychiatrie	Absence de critères suffisants pour poser le diagnostic selon le DSM à la fin de la période de suivi.

#	Référence de la définition	Source de l'étude incluse	Contexte disciplinaire	Définition (traduction libre)
Rétablissement d'un trouble dépressif majeur				
11.	Frank et al. (1991)	Birmaher et al. (2000) ^a	Psychiatrie	Période de 2 mois ou plus avec absence du trouble dépressif majeur.
Rétablissement mutuel				
12.	Valleros et al. (2016)	Valleros et al. (2016)	Santé mentale communautaire	Relation réciproque dans laquelle chacun des membres (usagers de service, résidents, professionnels, cliniciens ou toute autre personne impliquée) est bénéficiaire.
Rétablissement professionnel				
12.	Lieberman et Kopelowicz (2005). Lloyd et al. (2008)	Lal (2010)	Psychiatrie, ergothérapie	Participation significative dans son emploi, son éducation, ses loisirs ou autres activités reliées.
Rétablissement psychologique				
13.	Campbell et Peebles (2014)	Campbell et Peebles (2014)	Psychiatrie	Le rétablissement psychologique inclut une amélioration de l'estime personnelle et un fonctionnement interpersonnel, psychosocial et professionnel qui correspond à l'âge de la personne.
Rétablissement social				
14.	Lloyd et al. (2008).	Lal (2010)	Psychiatrie, ergothérapie	Participation significative dans ses relations sociales, ses rôles sociaux et activités sociales.

1.4.5 Les utilisations du concept

Sur l'ensemble des 56 études sélectionnées, un total de 22 extraits décrivant des usages du concept de rétablissement ont été repérés. Les usages du concept constituent les façons d'utiliser le concept à l'intérieur d'un certain contexte. Cela implique qu'un concept peut être utilisé différemment selon le contexte dans lequel il se trouve (p. ex : lors d'un suivi en psychiatrie, lors d'un suivi en ergothérapie, lors d'un suivi en psychologie, etc.) et selon la personne qui en fait usage (p. ex. : l'utilisateur de service, l'intervenant, le médecin, etc.). La présente étape permettra ainsi de tracer un portrait des différentes utilisations du concept et d'identifier celles qui seront pertinentes à retenir en regard des objectifs de l'étude. Ces usages sont présentés dans les sections qui suivent selon une organisation qui reflète les contextes disciplinaires auxquels les usages recensés se rattachent (psychiatrie, psychologie, santé mentale communautaire, ergothérapie et médecine) ainsi que les deux grandes perspectives de rétablissement relevées à l'étape précédente : soit celle axée sur le résultat et celle axée sur le processus. Les usages dont il sera question sont grandement associés au domaine de l'intervention et dans les autres cas ils sont associés à celui de la recherche. Lorsqu'il est question des utilisations du concept de rétablissement dans le domaine de l'intervention ou de la recherche, celles-ci s'appuient sur les indicateurs que la définition du concept contient. De ce fait, les usages identifiés sous la perspective axée sur le résultat s'appuient entre autres sur la réduction des symptômes psychiatriques et l'amélioration du fonctionnement de l'adolescent. Dans l'ensemble, les usages sous cette perspective permettent d'orienter les services offerts soient en segmentant les tâches cliniques, en statuant sur le moment de l'arrêt de services ou en mesurant le succès d'intervention. Par ailleurs, les usages identifiés sous la perspective axée sur le processus s'appuient entre autres sur les notions de parcours personnels, d'espoir, de

développement des forces, de reprise de contrôle et de collaboration avec son réseau. Ces usages permettraient de préciser le type de service à offrir, guider les objectifs d'intervention, s'ajuster au rythme de l'adolescent, comprendre le processus de l'adolescent, favoriser l'adhérence aux services, favoriser la communication entre les différents acteurs de l'intervention et d'impliquer le réseau (famille) dans le suivi.

1.4.5.1 Psychiatrie

Perspective axée sur le résultat. Dans le domaine de la psychiatrie, le concept de rétablissement est utilisé davantage selon une perspective axée sur le résultat. Appliqué aux troubles des conduites alimentaires, le concept défini selon une perspective axée sur le résultat est utilisé pour décrire les signes témoignant du rétablissement de l'anorexie mentale chez l'adolescent à la suite d'un suivi d'intervention. Ses indicateurs ciblent le retour à un poids sécuritaire selon l'âge de l'individu, le retour à des habitudes alimentaires normales et à la flexibilité alimentaire (Campbell et Peebles, 2014, p. 588). Ces indicateurs sont utilisés par les cliniciens afin d'identifier si l'un des critères de l'anorexie mentale selon le DSM-5 (APA, 2013) est résolu, soit le maintien d'un poids corporel au-dessous de la normale pour l'âge et la taille de l'adolescent. Le concept dans ce cas est alors utilisé pour guider le suivi, les objectifs d'intervention et la durée du suivi puisqu'ils dépendent de ces critères. Dans certains contextes, l'atteinte ou non du rétablissement aurait un impact sur la continuité ou l'arrêt des services. Par exemple, dans le contexte des services reliés à la justice juvénile, l'application du rétablissement dans le sens d'un résultat lié aux symptômes (être rétabli) impliquerait un arrêt de service lorsqu'il est atteint (Friesen, 2007, p. 42). Ensuite, le concept de rétablissement est aussi utilisé comme

variable permettant de mesurer le succès d'une intervention dans différentes études (Birmaher et al., 2000a, Birmaher et al., 2000b; Silent et al., 2015; Campbell et Peebles, 2014).

Perspective axée sur le processus. L'étude de Friesen (2007) met en valeur l'importance d'avoir une compréhension commune et cohérente du rétablissement parmi tous les acteurs de l'intervention et les usagers afin de favoriser l'atteinte des objectifs qui y sont reliés (p. 42). Ainsi, dans ce cas la définition du concept serait utilisée comme un outil pour favoriser la communication et la compréhension du processus. Il est aussi mis en évidence que lorsque le concept est défini à partir du développement émotionnel et social de l'adolescent, l'utilisation du concept servirait à comprendre le processus dans une perspective développementale afin d'accompagner l'adolescent dans celui-ci (Friesen, 2007, p. 42). De plus, la compréhension du rôle de la famille dans le processus de l'adolescent permettrait de considérer la famille dans l'intervention puisque l'adolescent fait partie d'un noyau familial duquel il est dépendant étant donné son âge (Friesen, 2007, p. 42).

1.4.5.2 Psychologie

Perspective axée sur le résultat. L'étude de 2015, provenant de Le Boutillier et al. (cité dans Bonnett, 2016) met en valeur que le rétablissement est utilisé afin de diriger les services, et ce, dans un souci d'économie, d'efficacité de service et dans le but de mieux segmenter les tâches cliniques reliées. Certains programmes établiraient la durée de leurs services en fonction de l'atteinte clinique de rétablissement chez l'adolescent. Ainsi, lorsque l'adolescent se verrait rétabli (selon les critères de rétablissement clinique de son TSM), les services offerts à ce dernier prendraient fin.

Perspective axée sur le processus. Lorsqu'il est question du rétablissement sous la perspective axée sur le processus, le concept serait utilisé pour préciser le type de service à offrir et diriger les interventions à l'intérieur des « recovery colleges » [centres de rétablissement en santé mentale] (Perkins, Repper, Rinaldi et Brown, 2014, p. 3). Ces centres auraient évolué dans leurs interventions en passant d'une approche thérapeutique ciblant les problèmes et les difficultés de la personne vers une approche éducationnelle ciblant les forces, les ressources et l'augmentation des connaissances (Perkins et al., 2014, p. 3). Ainsi, les interventions viseraient davantage à accompagner l'adolescent dans son processus et dans sa compréhension du concept de rétablissement sous la perspective axée sur le processus pour qu'il devienne un expert de son rétablissement et développe des forces à travers ce processus (Perkins et al., p. 3). À Londres, les unités de soins pour les adolescents ayant des TSM connu sous le nom de « new beginning » utiliseraient aussi le concept sous une perspective axée sur le processus pour guider les interventions (Kaplan et Racussen, 2012, p. 247). Dans ce cas, le concept serait utilisé chez les intervenants afin d'établir des objectifs pour aider l'utilisateur de services à reprendre le contrôle de sa vie, devenir un expert dans la gestion de ses difficultés et favoriser le développement de sa résilience (Kaplan et Racussen, 2012, p. 255). La thèse de Bonnett (2016) souligne que l'utilisation du concept de rétablissement selon une perspective axée sur le processus permet de guider les intervenants dans leurs interventions avec l'adolescent ayant un TSM (p. 35). L'accompagnement de l'adolescent dans la compréhension de son expérience au-delà des symptômes permettrait d'enclencher le processus pour aller de l'avant dans le rétablissement et de se créer un cheminement cohérent avec son processus, et ce particulièrement dans les cas de psychose et de schizophrénie (Bonnett, 2016, p. 36; British Psychological Society, 2014). La centration de

l'intervention serait aussi dirigée dans l'intention de développer l'espoir chez la personne vivant avec un TSM (Bonnett, 2016, p. 50). Par conséquent, le domaine de la psychologie serait davantage axé sur le développement des forces chez la personne et l'enseignement concernant les TSM plutôt que d'être axé sur les difficultés et les symptômes de la personne (Perkins et al., 2014).

1.4.5.3 Santé mentale communautaire

Perspective axée sur le résultat. En ce qui concerne l'usage du concept de rétablissement sous une perspective axée sur le résultat dans le domaine de la santé mentale communautaire, aucune utilisation de celui-ci n'a été repérée parmi les 56 études recensées dans le cadre de ce mémoire.

Perspective axée sur le processus. Dans le domaine de la santé mentale communautaire, le concept de rétablissement d'un TSM serait utilisé uniquement selon la perspective axée sur le processus. Dans l'étude de Leavey (2005), les quatre étapes du rétablissement (l'émergence du TSM, les pertes, l'adaptation et le rétablissement) seraient utilisées par l'intervenant afin d'interpréter les comportements et le processus de l'adolescent (Leavey, 2005, p. 121). De ce fait, cette définition de rétablissement établie selon quatre étapes serait utilisée pour guider les interventions et permettre à l'intervenant d'avoir des points de repère concernant le cheminement vers le rétablissement de l'adolescent tout au long du suivi (Leavey, 2005, p. 121). Le second usage repéré dans les écrits reliés au présent domaine concerne l'usage de la définition de rétablissement mutuel. Cette définition du concept de rétablissement serait utilisée afin d'impliquer le réseau de l'adolescent dans l'intervention puisque cela pourrait favoriser son processus de rétablissement

(Vallejos, et al., 2016, p. 265). Dans ce cas, le concept serait utilisé afin de guider les interventions et offrir un modèle de compréhension du rétablissement sous une perspective écologique.

1.4.5.4 Ergothérapie

Perspective axée sur le résultat. En ce qui concerne l'usage du concept de rétablissement dans le domaine de l'ergothérapie, les cliniciens se serviraient du concept de rétablissement afin d'orienter leurs interventions. Plus précisément, les cliniciens utiliseraient les indicateurs de rétablissement clinique tels que la réduction des symptômes psychiatriques et l'amélioration du fonctionnement comme repères afin d'évaluer les progrès de l'adolescent dans le suivi et statuer sur l'arrêt des services lorsque l'individu est rétabli (Mausbach, Moore, Bowie, Cardenas et Patterson, 2009, p. 307).

Perspective axée sur le processus. Toujours dans le domaine de l'ergothérapie, mais sous la perspective axée sur le processus, le concept de rétablissement serait utilisé dans le contexte d'intervention afin de comprendre le processus chez l'adolescent, favoriser l'adhérence aux services et guider l'intervention. La définition s'appuyant sur la perspective axée sur le processus serait utilisée pour décrire le cheminement de l'adolescent et son processus de transformation à travers le rétablissement (Deegan, 1996, p. 96). Le langage associé au rétablissement utilisé par les usagers de services et les personnes s'étant rétablies de leur TSM, tel que ce qui est associé au parcours personnel et au processus de transformation, peut permettre à l'intervenant de mieux comprendre le cheminement que vit l'adolescent (Deegan, 1996, p. 97). La documentation du processus chez l'adolescent permettrait à l'intervenant d'offrir un accompagnement adapté au cheminement de la personne en fonction de l'endroit où elle se situe. De plus, l'utilisation d'un

langage adapté pour les usagers serait un élément important à considérer dans l'utilisation du concept pour assurer l'adhérence aux services et à la compréhension du concept (Lal, 2010, p. 86). Ainsi, pour assurer le rétablissement chez l'adolescent, il serait nécessaire que l'intervenant discute du concept avec celui-ci et fixe des objectifs avec ce dernier qui sont cohérents avec sa compréhension et son cheminement.

1.4.5.5 Médecine

Perspective axée sur le résultat. Dans le contexte de la médecine, les éléments composants la définition de rétablissement clinique seraient utilisés en tant qu'indicateurs afin de mesurer le succès d'une thérapie ou d'un programme d'intervention. Par conséquent, la réussite serait mesurée en fonction de la diminution de la présence des symptômes psychiatriques ou même de l'absence du diagnostic initial (Birmaher et al., 2000a, p. 32). Dans certains cas, les indicateurs du concept seraient utilisés pour guider les phases de traitements des troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. Notamment, dans le cadre de l'étude de 2012 des auteurs Stiles-Shields, Hoste, Doyle et Le Grange (cité dans Campbell et Peebles, 2014) le traitement serait divisé en trois phases suivant la logique linéaire suivante : le rétablissement physique, le rétablissement des conduites et le rétablissement psychologique.

Perspective axée sur le processus. En ce qui concerne les usages du concept selon la définition du concept axée sur le processus dans le domaine de la médecine, aucun extrait n'a été repéré.

Tableau 3. Différents usages de rétablissement en fonction des contextes disciplinaires

#	Référence de l'usage	Source de l'étude incluse	Extraits (traduction libre)
Psychiatrie			
Perspective axée sur le résultat : Guider l'intervention, mesurer ses effets et guider la durée des services			
1.	Birmaher et al. (2000)a	Birmaher et al. (2000)a	Entendu que 86 des 87 patients qui ont été en rémission se sont rétablis, et qu'il n'y avait aucune différence entre les indicateurs de rémission et de rétablissement.
2.	Birmaher et al. (2000)b	Birmaher et al. (2000)b	Ces résultats, ainsi que la baisse du niveau de l'hormone de croissance après l'administration de l'hormone de libération d'hormone de croissance chez les patients souffrant de dépression aiguë dans la tranche d'âge et après le rétablissement de la dépression, suggèrent que le dérèglement de la réponse de l'hormone de croissance après l'administration de l'hormone de libération d'hormone de croissance pourrait être un marqueur de trait génétique qui précéderait la survenue d'un épisode dépressif. Pour prouver cette hypothèse, des suivis cliniques longitudinaux des patients très à risque avec des réponses basses ou normales de l'hormone de croissance après l'administration de l'hormone de libération d'hormone de croissance sont indiqués.
3.	Couturier et Lock, 2006; Katzman, Peebles, Sawyers, Lock, LaGrange, 2010; La Grange et al., 2012; Lo Sauro et al., 2013; Meguerditchian et al., 2009	Campbell et Peebles (2014)	<p>Bien que la littérature propose différents indicateurs de rétablissement, la plupart des experts s'entendent pour dire que la normalisation du mode d'alimentation ainsi que le retour de la flexibilité de l'alimentation sont des indicateurs du rétablissement comportemental.</p> <p>Quant au rétablissement psychologique, une meilleure confiance en soi et un fonctionnement interpersonnel, psychosocial et occupationnel adapté à l'âge en sont les indicateurs. Le poids et la forme du corps ne devraient plus avoir d'influence injustifiée sur l'auto-évaluation, et des modes normaux de croissance et de puberté sont observés. (Couturier et Lock, 2006)</p> <p>Le rétablissement physique se note par la restauration du poids initial, le retour des menstruations et/ou de la progression pubertaire, une croissance linéaire (si celle-ci est attendue), et un revirement de la plupart ou de la totalité des dommages aux organes. (Lo Sauro et al., 2013; Meguerditchian et al., 2009)</p> <p>L'on entend par restauration nutritionnelle, l'atteinte d'un objectif de poids et la capacité à avoir une diète variée et équilibrée, mais il est important de se rappeler qu'un poids de maintenance est souvent inapproprié pour la population pédiatrique. Les enfants et les adolescents continuent à grandir et se développer durant la puberté, puis lorsqu'ils deviennent de jeunes adultes (Katzman, Peebles, Sawyers, Lock, LaGrange, 2010; La Grange et al., 2012)</p> <p>Les changements de la composition et des activités corporelles exigeront des changements de poids, et ce même si une grandeur adulte linéaire a été atteinte. Il est très important de souligner ce concept aux parents et aux patients qui travaillent vers le rétablissement.</p>

#	Référence de l'usage	Source de l'étude incluse	Extraits (traduction libre)
4.	Frank et al. (1991)	Silent et al. (2015)	Selon les lignes directrices proposées par Frank et al. (1991), et en accord avec la méthodologie LIFE, le rétablissement d'un trouble de dépression majeure se définit comme une période de 8 semaines ou plus dans le groupe clinique asymptomatique, ou comme ayant de légers symptômes (0-2) selon le K-SADS/LIFE
5.	Friesen (2007)	Friesen (2007)	L'incompréhension possible du terme par les autres systèmes était aussi l'une des inquiétudes. Pour la justice des mineurs par exemple, où les avocats se battent pour obtenir des traitements et non des sentences, l'utilisation de ce terme pour des jeunes ayant des problèmes de santé mentale pourrait vouloir dire que le jeune est rétabli et qu'il n'a plus besoin de services.
Perspective axée sur le processus : Guider l'intervention et intégrer la famille au processus			
6.	Friesen (2007)	Friesen (2007)	Le terme rétablissement est problématique, car il peut prêter à confusion et détourner l'attention des buts désirés.
7.	Friesen (2007)	Friesen (2007)	La considération de tout concept lorsqu'on parle de santé mentale chez les enfants doit être mise en contexte développemental.
8.	Friesen (2007)	Friesen (2007)	L'application de concepts de rétablissement lorsqu'on parle de santé mentale chez les enfants demande beaucoup de réflexion, surtout en ce qui concerne le rôle de la famille;
9.	Friesen (2007)	Friesen (2007)	L'application du concept de rétablissement doit être soigneusement examinée par rapport au rôle de la famille. Certains participants ont comparé l'idée de « services centrés sur la famille », qui sous-entend la planification pour l'enfant dans le contexte de sa famille, avec l'idée de « planification centrée sur la personne » qu'ils ont compris comme étant très individualiste et peut-être même excluant la famille.
Psychologie			
Perspective axée sur le résultat: Guider l'orientation des services			
10.	Le Boutillier, C. et al. (2015)	Bonnett, V. (2016)	Cette perspective est aussi soutenue par Le Boutillier et al. (2015) qui a tenu des groupes de discussion avec des cliniciens multidisciplinaires pour recueillir des perspectives sur le soutien du rétablissement dans le contexte des services en santé mentale. Des priorités concurrentes ont été identifiées par le personnel dans la hiérarchie des services, et la volonté d'économiser de l'argent, d'augmenter l'efficacité et de « cocher des cases » pour les tâches cliniques ont rendu le programme de rétablissement plus clinique et moins personnel (Le Boutillier et al., 2015).

#	Référence de l'usage	Source de l'étude incluse	Extraits (traduction libre)
Perspective axée sur le processus : Guider les pratiques d'intervention, préciser le type de service à offrir, comprendre le processus de rétablissement			
11.	Perkins et al. (2014)	Bonnett, V. (2016)	Les « Recovery Colleges » ont été fondés afin de réduire l'isolement social et encourager les gens à développer une plus grande autonomie dans le cadre de leur propre rétablissement, en soulignant leurs forces plutôt que leurs faiblesses (Perkins et al., 2014). Cela a été possible grâce à un changement de cap, passant d'une approche thérapeutique qui se concentre sur les problèmes ou les faiblesses, à une approche éducative, qui se concentre sur les ressources et le savoir grandissant (Perkins et al., 2014).
12.	Meddings, S., Guglietti, S., Lambe, H. et Byrne, D. (2014)	Bonnett, V. (2016)	Les Recovery Colleges ont pour but de redresser la balance du pouvoir entre ceux qui éprouvent des problèmes de santé mentale et les services professionnels, ainsi que d'encourager la collaboration et l'inclusion (Meddings, McGregor, Roeg, et Shepherd, 2015). Les étudiants des « Recovery Colleges » ont rendu compte de la valeur des relations collaboratives entre les pairs formateurs, la structure, l'augmentation des opportunités sociales et l'acquisition de connaissances et de compréhension nouvelles (Meddings et al., 2014).
13.	Bonnett (2016)	Bonnett (2016)	Aider les jeunes à comprendre leur expérience semble amorcer le processus vers le rétablissement. Ces expériences de rétablissement de jeunes partagent des similitudes avec le modèle de rétablissement proposé par Leamy et al. (2011), tout en allant plus loin en prenant en compte les considérations uniques de développement de cette population plus jeune.
14.	British Psychological Society (2014)	Bonnett (2016)	Les éléments de rétablissement les plus répandus dans cette analyse de la littérature soulignent aussi l'importance du travail collaboratif et le besoin pour les professionnels d'écouter les jeunes, éléments sur lesquels on insiste dans les plus récentes lignes directrices BPS (2014) pour comprendre la psychose et la schizophrénie. Écouter le jeune alors qu'il explique son propre contexte, au-delà des symptômes relatifs à la psychose, peut nous permettre de construire un discours cohérent autant pour le jeune que pour les personnes de soutien.
15.	Department of Health (2001a); Department of Health (2002b)	Kaplan et Racussen (2012)	Le « modèle de rétablissement » a été largement recommandé (Department of Health (DoH), 2011a) pour le traitement efficace, humain et progressif des problèmes de santé mentale (Roberts et Wolfson, 2004). Le principe fondamental de ce « modèle de rétablissement » est d'aider les patients à prendre possession de et à devenir des experts en la gestion de leurs propres problèmes bien définis, afin d'augmenter leur résilience (DoH, 2011b). Cela implique des rencontres collaboratives respectueuses entre le patient et le professionnel, durant lesquelles le professionnel est vu comme une ressource que le patient peut utiliser durant son ajustement et pour atteindre les buts qu'il s'est fixés pour se rétablir.

#	Référence de l'usage	Source de l'étude incluse	Extraits (traduction libre)
Santé mentale communautaire			
Perspective axée sur le processus : Comprendre l'expérience vécue par le jeune, comprendre le concept comme un processus mutuel			
16.	Leavey (2005)	Leavey (2005)	Quatre catégories générales (ou étapes) sont ressorties des données : l'émergence, la perte, l'adaptation et le rétablissement. Les participants ont vécu leur TSM comme un processus biologique et social nécessitant le développement de stratégies pour se rétablir. L'articulation de ces étapes aidera potentiellement les autres à comprendre les processus que les jeunes vivent lorsqu'ils vivent leur TSM, s'adaptent et se rétablissent. Ces étapes ne doivent pas être vues comme statiques ou linéaires de nature, mais plutôt dynamiques : un individu peut avancer ou régresser. Cela est possible puisque le parcours de chaque personne à travers ces étapes est influencé par ses propres expériences, ses forces et ses faiblesses. Les individus peuvent ne pas passer à travers toutes les étapes, et peuvent aussi en vivre plus d'une à la fois. Les définitions suivantes doivent être comprises comme des catégories ou étapes qui ressortent de ces données, et sont utilisées pour former un cadre et un contexte pour l'interprétation des expériences sociales et comportementales du processus du TSM, ainsi que pour donner de l'information sur les routes positives vers le rétablissement.
17.	Vallejos et al. (2016)	Vallejos et al. (2016)	L'idée que nous sommes affectés par notre environnement et les personnes qui nous entourent indique l'utilisation de l'approche de « rétablissement mutuel » et le besoin d'inclure des aidants formels et informels dans le processus de rétablissement, qui vivent eux aussi de haut niveau de stress en s'occupant d'individus traumatisés. La famille des enfants nous offre une opportunité sans précédent de repenser notre réponse à la détresse en santé mentale ainsi que le bien-être grâce aux arts et lettres, spécifiquement dans le cadre « d'exercices créatifs pour un rétablissement mutuel ».
Ergothérapie			
Perspective axée sur le résultat: guider l'intervention et mesurer ses effets			
18.	Mausbach et al. (2009)	Lal (2010)	Les cliniciens parlent de rétablissement en termes de résultats mesurables, comme la réduction des symptômes psychiatriques et l'amélioration du fonctionnement.
Perspective axée sur le processus : comprendre le rétablissement chez les usagers, favoriser l'adhérence aux services et guider l'intervention			
19.	Deegan (1996)	Lal (2010)	Plusieurs facteurs influencent les débats portant sur comment le rétablissement devrait être conceptualisé; par exemple, l'analyse de la littérature par l'auteur suggère que l'histoire d'une personne (éducative, professionnelle et expérientielle) qui utilise ce terme est l'un de ces facteurs. Les usagers en santé mentale ou les survivants psychiatriques ont tendance à parler du rétablissement comme d'un parcours personnel et/ou d'un processus de transformation.

#	Référence de l'usage	Source de l'étude incluse	Extraits (traduction libre)
20.	Lal (2010)	Lal (2010)	En traitant des jeunes qui vivent des signes précurseurs de psychose, l'auteur a noté le défi que représente l'application du concept de rétablissement. La première étape de l'application du concept de rétablissement implique qu'un individu accepte avoir un TSM dont il doit se rétablir ou dont il est en train de se rétablir; on parle ici de l'introspection. L'utilisation du langage de rétablissement avec les individus ne connaissant pas bien le système de la santé mentale et qui peut avoir des modèles explicatifs différents a cliniquement été démontrée comme soutenant le désengagement des services.
Médecine			

Perspective axée sur le résultat : guider l'intervention et mesurer ses effets

21.	Birmaher et al. (2000)a	Birmaher et al. (2000)a	Rétablissement continu : Absence du trouble de dépression majeure dans au moins 60 % des rencontres de suivi, et trois ou moins de trois symptômes importants pendant l'épisode actuel ou pendant la dernière semaine de toutes les rencontres.
22.	Stiles-Shields, Hoste, Doyle et Le Grange (2012)	Campbell et Peebles (2014)	Trois phases qui ont pour objectif le traitement des troubles du comportement alimentaire chez les enfants et les adolescents : le rétablissement physique, comportemental et psychologique. La phase I de la thérapie familiale se concentre sur la formation des aidants pour réalimenter leur enfant jusqu'au rétablissement via des interventions thérapeutiques spécifiques. L'exposition aux aliments est communément utilisée pour cibler les anxiétés et les aversions à certains aliments ou groupes d'aliments; les aidants sont encouragés à incorporer des aliments que leur enfant appréciait avant le début du trouble du comportement alimentaire au lieu d'éviter de présenter des aliments. Une fois que l'enfant est de retour à son poids initial, la thérapie familiale entre en phase II : le transfert graduel du contrôle développemental approprié de l'alimentation, de l'aidant à l'enfant/l'adolescent. La phase III se concentre sur la prévention des rechutes et toute autre considération développementale pertinente, jusqu'à l'arrêt du traitement.

1.4.6 Synthèse des résultats

L'extraction des définitions et usages du concept a permis de mettre en valeur différents aspects principaux permettant de saisir et d'appliquer le concept de rétablissement d'un TSM auprès de l'adolescent. Puisque les définitions et usages provenaient de différentes disciplines, quelques distinctions ont pu être remarquées. La plus grande distinction qui en ressort est celle entre la perspective axée sur le résultat et celle axée sur le processus. Si la perspective axée sur le résultat se définit davantage comme une finalité en lien avec l'atténuation des symptômes du TSM jusqu'à leur absence, il en est tout autre pour la perspective axée sur le processus. Cette dernière étant davantage interprétée comme un processus unique de changement qui implique chez la personne de prendre le contrôle de sa vie, d'avoir espoir et d'entrer en lien avec la communauté. Ainsi, l'une représente une définition reliée à un résultat (être rétabli) et l'autre une définition concernant le processus de rétablissement (être en rétablissement). Ces deux grandes perspectives relatives au rétablissement se partagent deux fronts au sein des écrits de différents contextes disciplinaires. À certaines occasions l'une cohabite avec l'autre dans l'intervention, comme il en est question dans le contexte disciplinaire de la psychiatrie pour intervenir auprès des adolescents souffrants d'anorexie mentale (Campbell et Peebles, 2014). Alors qu'à d'autres occasions, elles semblent faire partie de deux réalités différentes. Il en est question dans le contexte disciplinaire de la psychologie alors qu'une définition de rétablissement clinique encadre l'organisation des services offerts et qu'une définition de rétablissement axée sur un processus guide les interventions dans certains centres. De ce fait, l'utilisation du concept selon des critères différents dans un même domaine peut créer de la confusion auprès des usagers de services et des intervenants, à savoir si les cibles d'interventions doivent être associées à la réduction des symptômes ou au

développement des habiletés, de l'espoir et de l'autonomie chez l'adolescent (Friesen, 2007, p. 42). Dans l'ensemble, toutes disciplines confondues, le concept de rétablissement est utilisé pour guider l'intervenant dans ses interventions, et ce, que ce soit afin d'orienter les objectifs d'intervention, de guider l'adolescent dans son processus ou de définir à quelle étape l'adolescent se situe dans son processus. Les contextes disciplinaires de l'ergothérapie et de la psychiatrie mettent en valeur que le concept de rétablissement est utilisé afin de statuer sur la fin de l'offre de services (Mausbach et al., 2009; Friesen, 2007). Certaines études du contexte disciplinaire de la psychiatrie et de la médecine utilisent le concept pour mesurer le succès d'une intervention (Birmaher et al., 2000; Campbell et Peebles, 2014; Silent et al., 2015). La plupart du temps, les utilisations du concept se basant sur la perspective axée sur le processus servent davantage à guider les interventions, tandis que celles se basant sur la perspective axée sur le résultat servent davantage à établir des critères permettant de définir les arrêts de services et le succès d'un programme d'intervention.

1.4.7 Choix de l'usage à retenir pour la suite de l'analyse

Pour conclure l'étape de l'identification des usages, Walker et Avant (2011) soulignent que le chercheur doit identifier s'il désire considérer tous les usages du concept ou s'il fait le choix de considérer uniquement certains usages. Par ailleurs, les auteurs de cette méthodologie recommandent, lorsque c'est possible, de considérer tous les usages du concept pour être en mesure de construire un portrait plus riche et complet de celui-ci (Walker et Avant, 2011). La décision du chercheur doit aussi être prise en fonction des objectifs de son étude pour favoriser la bonne poursuite de ses analyses (Walker et Avant, 2011). Dans le cadre du présent mémoire, l'un

des objectifs est de définir de manière opérationnelle et holistique le concept, et ce, dans le but que cette définition puisse être utilisée par les acteurs de l'intervention afin de les guider dans leur pratique auprès des adolescents vivant avec un TSM. Ainsi, la perspective axée sur le processus de rétablissement semble être ajustée pour définir le concept selon les présents besoins. Toutefois, la perspective axée sur le résultat du rétablissement demeure non négligeable puisqu'elle apporte des informations essentielles à la compréhension holistique du concept et qui semblent avoir une grande influence sur les services offerts en santé mentale. Par conséquent, dans un souci de bien saisir et comprendre le concept dans son entièreté, les perspectives axées sur le processus et le résultat seront incluses. Tout comme Jacobson et Greenley (2001), le concept de rétablissement sera considéré selon la perspective axée sur le processus dans laquelle la perspective axée sur le résultat peut ou non être impliquée. C'est-à-dire que l'usage du concept qui est retenu pour le présent mémoire reconnaît la possibilité que la réduction des symptômes reliés au diagnostic de l'adolescent fasse partie ou non du processus ou de la finalité du rétablissement. Ainsi, la diminution des symptômes et l'absence de diagnostic seront incluses parmi les usages du concept, mais ils ne seront pas déterminants de sa composition. Par exemple, dans l'étude de Lal (2010), une des définitions de rétablissement ayant été repéré met en évidence que pour être considéré rétabli, les symptômes du TSM vécu par l'adolescent doivent avoir réduit ou être complètement absent (p. 83). Dans cet ordre d'idées, la réduction ou la rémission des symptômes seront incluses dans les analyses, mais le concept ne sera pas construit uniquement sur la base de cette définition. Par conséquent, cette décision de joindre les deux perspectives dans une même compréhension et définition opérationnelle du concept pourrait permettre de réduire la confusion à l'endroit de ce

dernier dans le réseau de services tant chez les usagers, les intervenants que les gestionnaires de services (Friesen, 2007).

1.5 Déterminer les attributs du concept : Étape 4

1.5.1 Description de la détermination des attributs

Selon Walker et Avant (2011), l'étape de la détermination des attributs du concept figure au cœur de la méthodologie de l'analyse de concept puisqu'elle permet de mettre en valeur les caractéristiques récurrentes du concept d'intérêt et ses attributs fondamentaux (Walker et Avant, 2011). Ces derniers sont identifiés afin de développer une définition opérationnelle du concept et de le distinguer des concepts apparentés (Walker et Avant, 2011), c'est-à-dire dont les attributs (caractéristiques fondamentales) se rapprochent étroitement de ceux du concept d'intérêt. Leur distinction serait possible grâce à l'identification des différences dans les attributs qui les composent. Bien qu'un concept soit mobile et évolue dans le temps et selon le contexte, les attributs qui sont relevés constituent les caractéristiques qui sont les plus souvent associées au concept jusqu'à aujourd'hui et qui donnent sa couleur unique au concept (Walker et Avant, 2011). Les documents recensés lors de la troisième étape de l'analyse de concept, soit l'étape de l'établissement des différents usages du concept, sont alors revisités en entier afin de faire émerger les attributs du concept sur la base de leurs définitions, de leurs usages, ainsi que de tout autre élément d'information complémentaire disponible.

1.5.2 Repérage des caractéristiques et attributs du concept

Dans un premier temps, pour être sélectionnées et classées sous le thème « caractéristiques » dans le logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018), les informations devaient répondre à la question suivante : « Quelles sont les caractéristiques permettant de décrire le rétablissement d'un TSM chez un adolescent? ». Cette première étape a alors permis de faire ressortir un relevé de toutes les caractéristiques qui ont été associées au concept à l'intérieur de chaque étude sélectionnée. Parmi les 56 études recensées, 36 d'entre elles mettaient en valeur des caractéristiques du concept. Par la suite, les caractéristiques extraites ont été analysées en tentant de répondre à une deuxième question afin de déterminer les attributs primordiaux du concept : « Quelles sont les caractéristiques qui 1) apparaissent le plus souvent lorsqu'il est question du concept et 2) lui donne son aspect fondamental ? ». L'objectif relié à la deuxième question était de réduire au minimum les attributs afin de sélectionner uniquement ceux qui lui sont propres et permettent par la même occasion de le distinguer de certains concepts apparentés (Walker et Avant, 2011). Par exemple, dans la mesure où la recension révèle que le concept de résilience s'avère étroitement relié à celui de rétablissement d'un TSM chez les adolescents, les attributs sélectionnés doivent permettre d'identifier les caractéristiques que les définitions générales et analogues du concept partagent, ainsi que les caractéristiques qui différencient les définitions générales des définitions apparentées (p.ex. la résilience) afin de bien cerner le concept et éviter de les confondre.

Tout d'abord, la fréquence de chacune des caractéristiques a été extraite afin d'effectuer une première sélection ciblant les caractéristiques ayant été le plus repérées. Ensuite, l'aspect

fondamental de chaque caractéristique a été établi grâce à la comparaison entre les définitions centrales et les définitions analogues du concept. Ainsi, pour qu'une caractéristique soit déterminée fondamentale, elle devait se retrouver à la fois dans les définitions générales et analogues. Peu importe le contexte d'application ou le TSM associé au rétablissement, cette caractéristique devait se révéler nécessaire afin d'établir la présence du concept. En résumé, afin d'être identifiée comme un attribut, la caractéristique devait avoir été repérée dans un minimum de 10 extraits (ce qui s'appliquait à 13 des 33 caractéristiques) et démontrer son aspect fondamental.

1.5.3 Codification des caractéristiques associées au concept

Tout d'abord, chaque caractéristique a été codée individuellement sous sa propre appellation. Par exemple, dans l'étude de Birmaher et al. (2000a) qui portait sur les résultats cliniques des adolescents ayant un trouble dépressif majeur à la suite d'une psychothérapie de courte durée, les auteurs ont utilisé les scores de l'inventaire de dépression de Beck (BDI) pour mesurer le rétablissement des adolescents. Ainsi, cette étude a permis de repérer le sous-thème « diminution des symptômes de dépression » à partir de l'extrait suivant « Significant predictors of recovery at baseline included lower interviewer-rated and self-reported depression scores » (Birmaher et al., 2000a, p. 31). Tout au long de la lecture et de la codification, les thèmes émergents ont été comparés entre eux, selon le principe de comparaison constante propre à l'analyse qualitative, de manière à faire ressortir leurs différences ou proposer de nouveaux regroupements qui reflètent leurs similarités. Ainsi, dans le cas de l'exemple mentionné un peu plus haut, le sous-thème « diminution des symptômes de dépression » s'est fusionné au courant de l'analyse avec

d'autres sous-thèmes tels que « diminution des distorsions cognitives », « diminution des symptômes de schizophrénie », « rémission ou diminution des symptômes » pour faire émerger un thème commun « diminution des symptômes ». Ce dernier permettait de rassembler tout extrait reflétant une diminution de symptômes reliés au TSM, et ce, de quelle nature qu'ils soient. À la suite de cette première codification, 33 caractéristiques ont pris forme dans l'arborescence du journal de code du logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018) et sont présentées dans l'annexe A.

Les caractéristiques ont été organisées selon les différents systèmes du modèle écologique, soit sous l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bronfenbrenner, 1979). Cette classification a été utilisée puisque le processus de rétablissement bien qu'il semble être vécu de façon très personnelle et unique demande un soutien important de l'environnement de la personne et peut être influencé par celui-ci. Tout d'abord, 20 caractéristiques faisaient partie de l'ontosystème, soit le système concernant les caractéristiques associées à l'individu. Parmi ces caractéristiques se retrouvent, l'espoir, l'empowerment, l'identité, le développement de stratégies d'adaptation, le développement de forces et d'habiletés de l'adolescent, l'absence de diagnostic, l'amélioration du fonctionnement, le sentiment de défi, la diminution des symptômes, être prêt au changement, être en action, guérir, le regard sur la vie d'avant, l'ajustement des buts, la planification du futur, le sentiment de faire partie de la communauté et d'être accepté, le fait de poursuivre une vie satisfaisante le fait d'avancer malgré le TSM, la spiritualité ainsi que la volonté. Ensuite, les caractéristiques qui se trouvaient dans le microsystème incluent le fait d'avoir un réseau de soutien positif, un environnement sécurisant, la diminution des conflits, la diminution des difficultés sociales et faire partie de la société. Pour ce

qui est du mésosystème aucune caractéristique n’y était associée. En ce qui concerne l’exosystème, la seule caractéristique s’y retrouvant était l’accès aux services. Il en était de même pour le macrosystème où il y avait uniquement une caractéristique qui était le fait de surmonter la stigmatisation. Enfin, les caractéristiques se retrouvant dans le chronosystème étaient l’hospitalisation, l’acceptation, le moment où la personne est prête au changement, le processus de changement, les facteurs contextuels et le moment où la personne donne un sens à son expérience. Les caractéristiques repérées sont illustrées à l’annexe A.

1.5.4 Sélection des attributs du concept

Ensuite, un second travail d’analyse est entré en jeu afin de déterminer les attributs du concept de rétablissement d’un TSM à partir des caractéristiques codifiées. Pour ce faire, la caractéristique devait soit apparaître de façon récurrente dans l’ensemble des sources sélectionnées et rendre compte de l’aspect fondamental du concept lorsque celle-ci est comparée aux définitions centrales et analogues de rétablissement. C’est donc à partir de ces attributs qu’il sera possible d’observer la présence du concept en le mesurant. Ainsi, les caractéristiques correspondant à ces critères ont été déplacées sous le thème « attributs » dans le journal de code du logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018). Au total, neuf attributs ont été retenus : l’espoir, l’empowerment, le réseau de soutien positif, l’identité, le fait de donner un sens à son expérience, l’ajustement des buts, le développement des forces et habiletés, le développement des stratégies d’adaptation et le processus de changement. Les sections qui suivent présentent en détail ces neuf attributs ayant été le plus souvent repérés dans les études.

1.5.4.1 Espoir

Cet attribut semble saisir l'essence la plus importante et constante au cœur du concept de rétablissement puisqu'il est de loin le plus repéré. Parmi les 36 études mettant en évidence des caractéristiques et attributs du concept, 21 d'entre elles abordent le thème de l'espoir lorsqu'il est question de rétablissement d'un TSM chez l'adolescent. De ces 21 études, 80 extraits ont été repérés (présentés à l'Annexe B). Dans certaines études, la caractéristique de « l'espoir » était simplement présentée par les auteurs comme une composante faisant partie du rétablissement. Dans ces cas, les extraits codés étaient beaucoup plus courts. Autrement, les extraits associés à la caractéristique de « l'espoir » incluaient toutes les informations nécessaires à la définition de la caractéristique ou à sa compréhension en fonction des autres attributs du concept. Dans ces cas, les extraits codés étaient plus longs et détaillés. Ces extraits ont donc permis une meilleure compréhension de l'espoir à l'intérieur du processus de rétablissement.

À titre d'exemple, l'extrait repéré dans la thèse de Bonnett (2016) permet de comprendre que l'espoir est l'instigateur d'une mise en action chez l'adolescent en rétablissement et rend possible d'autres éléments clés (attributs) de rétablissement :

Feeling hopeful appeared to contribute in many ways to young people moving forwards and having a renewed sense of control over their own lives which in turn led to the development or recognition of personal coping strategies and engagement in "normal" activity. [Le sentiment d'espoir semble contribuer de différentes façons au mouvement vers l'avant du jeune et au sentiment de reprise de contrôle sur leur vie, qui par la même occasion permet le développement

ou la reconnaissance de stratégies d'adaptation et d'engagement dans des activités 'normales'] (Grealish et al., 2013; Tan et al., 2014).

L'étude de 2002 de Snyder (cité dans Bonnett, 2016, p. 28) pour sa part suggère que la pensée optimiste chez le jeune serait instiguée par des attentes orientées vers le futur, des buts, qui mèneraient à la planification et à la croyance en sa capacité. Ainsi, l'espoir se bâtirait aussi à partir d'une vision du futur motivante et positive, mais surtout accessible, réaliste (Bonnett, 2016, p. 49).

1.5.4.2 Empowerment

Le deuxième thème ayant émergé comme étant un attribut puisqu'il apparaissait de façon la plus récurrente était l'empowerment. Le terme n'a pas été traduit de l'anglais au français puisque les termes qui auraient pu s'appliquer à sa traduction, tel que l'autodétermination, l'autonomisation ou la responsabilisation ne permettaient pas d'englober l'ensemble de sa signification, notamment en ce qui concerne la prise de pouvoir de l'adolescent dans son processus et sa mise en action. Cette fois, ce sont 64 extraits qui ont été repérés à l'intérieur de 19 études (présentés à l'Annexe B). Dans certaines études, les extraits codés étaient plus courts puisque la caractéristique de « l'empowerment » était présentée par les auteurs comme une composante faisant partie du rétablissement. Toutefois, dans la majorité des cas les extraits étaient plus longs et permettaient d'inclure toutes les informations nécessaires à la compréhension de la caractéristique.

Le thème de l'empowerment incluait le sentiment de contrôle sur sa vie ou sur son TSM, la prise de décision, la responsabilisation et le sentiment d'efficacité. L'empowerment serait possible à travers l'éducation et la compréhension qu'avoir plus de contrôle sur leur TSM veut dire de prendre des responsabilités, résoudre des problèmes et devenir une part active dans son équipe

pour ses soins de santé (Knutson et al., 2013, p. 880). Ainsi, bien que l'adolescent puisse faire partie d'une équipe de suivi avec un ou des professionnels, la personne qui doit prendre des décisions concernant sa vie et sa santé mentale est l'adolescent lui-même pour être en mesure d'avancer dans son processus de rétablissement. L'extrait suivant permet de bien mettre en lumière cet élément : « “The therapist cannot give you the right answers, but together with the therapist I made some progress. I found it very satisfactory to find the solutions myself.” » [“Le thérapeute ne peut pas te donner les bonnes réponses, mais ensemble avec le thérapeute j'ai fait quelques progrès. J'ai trouvé très satisfaisant de trouver les solutions moi-même”] (Henriksen, 2014, p. 290). L'empowerment semble aussi mettre en lumière d'autres éléments clés du rétablissement. Pour certains, le processus de reprise de contrôle semblerait amener avec lui une augmentation de la confiance, tandis que chez d'autres cela viendrait avec le gain de l'acceptation, de la compréhension et d'un changement de perception d'eux-mêmes : « I feel more confident in myself and I don't feel like, I don't have to hide anymore. » [Je sens que j'ai plus confiance en moi-même et je ne me sens pas comme, je n'ai plus à me cacher.] (Veater, 2016, p. 105). L'ensemble des extraits met en valeur que les prises de décision, le contrôle sur certains aspects de sa vie et la responsabilisation procureraient à l'adolescent un sentiment de pouvoir sur sa vie ce qui lui donnerait confiance en ses capacités et le motiverait à progresser dans son processus.

1.5.4.3 Réseau de soutien positif

Le réseau de l'adolescent, soit qui se construit ou qui est présent durant son processus de rétablissement est très important pour le soutenir dans celui-ci. Le thème du réseau de soutien positif inclut le microsystème de la famille, des amis, des groupes de pairs aidants, des

professionnels de la santé et de l'école. Cet attribut a été repéré à l'intérieur de 24 études et pour un total de 77 extraits (présentés à l'Annexe B).

L'étude de Hess et al. (2014) souligne l'importance d'avoir du soutien de façon durable de ses amis et sa famille tout au long du processus de rétablissement. Plus important encore que la présence de ce réseau de soutien pour l'adolescent serait le sentiment d'écoute et de compréhension de leur part qui ferait la différence, comme l'exprime bien cet extrait : « This theme captures how participants described their experiences of gaining support and help from family and friends. In particular, the importance of being heard by others and having the understanding of others. » [Ce thème met de l'avant comment les participants décrivent leur expérience de soutien et d'aide de leur famille et leurs amis. Particulièrement, l'importance d'être écouté par les autres et d'être compris par les autres.] (Veater, 2016, p. 47).

Le soutien et l'accompagnement sincère, ajusté et la compréhension des intervenants seraient aussi un élément déterminant de l'avancement de l'adolescent dans son processus (Higham et Martynchyck, 2016; Leavey, 2005; Welsh et Tiffin, 2012). De plus, le fait d'être considéré par les intervenants comme un être humain à part entière plutôt qu'une condition ou une collection de symptômes serait beaucoup plus ajusté à leurs besoins et favorable à leur rétablissement (Woodgate, 2006, p. 49).

Par ailleurs, le rôle que la famille, le parent, joue dans le processus de rétablissement de l'adolescent est crucial pour que le jeune se sente compris et soutenu par son environnement le plus proche (Leavey, 2005, p. 123). Le soutien que la famille exerce auprès de l'adolescent peut se concrétiser de différentes façons : « They read tons of books. They know more about it than I

do, and I have the disorder. So I'm just very lucky to have such supportive family. (N13 Female) »
 [Ils ont lu des tonnes de livres. Ils en savent plus dessus que j'en sais et c'est moi qui ai le TSM.
 Donc, je suis vraiment chanceuse d'avoir une famille aussi soutenante.] (Leavey, 2005, p. 120).

1.5.4.4 Identité

Ce thème a été identifié à travers 10 études et grâce à 40 extraits (présentés à l'Annexe B). La plupart des extraits étaient de longueurs moyennes et permettaient de mettre en évidence des caractéristiques intéressantes concernant la modulation de l'identité au courant du rétablissement.

Tout d'abord, comme le met en évidence l'extrait suivant, le développement de l'identité serait essentiel au processus de rétablissement chez l'adolescent : « reconstructing a health-based identity is not just a by-product of recovery processes but is essential to recovery occurring because it creates coherence after experiences of loss or change. » [La reconstruction d'une identité sur des bases saines n'est pas juste un sous-produit du rétablissement, mais est essentielle au rétablissement puisqu'elle crée un sentiment de cohérence après l'expérience de perte et de changement.] (Hense et McFerran, 2017, p. 1004). Des éléments tels que l'amélioration de l'estime de soi, le sentiment d'avoir de la valeur et d'être une personne à part entière, distincte du TSM, seraient des éléments à entretenir afin de favoriser le développement de l'identité de l'adolescent en rétablissement (Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014, Hess et al., 2014; John et al., 2015; Leavey, 2005; Veater, 2016).

Ensuite, un extrait provenant de la thèse de Veater (2016) met en valeur que le TSM vécu par l'adolescent aurait un impact considérable sur la vision qu'il a de lui-même et sur le développement de son identité : « Participants' reflections on "Understanding the Difference"

suggest that experiences associated with living with OCD were something that impacted on participants' view of self and developing identity.» [Les réflexions des participants sur “Comprendre la différence” suggèrent que les expériences associées à la vie avec un trouble obsessionnel compulsif étaient des choses qui ont eu un impact sur la vision de soi des participants et sur le développement de l'identité.] (p. 108). À la suite de cette perturbation de l'identité créée par le TSM, l'adolescent se verrait en recherche de sens concernant son identité et c'est entre autres grâce aux interactions sociales qu'une définition ou redéfinition de celle-ci pourrait être possible (Leavey, 2005, p. 110). Le réseau de soutien aurait de ce fait un rôle important à jouer concernant le développement sain de l'identité de l'adolescent.

1.5.4.5 Sens donné à son expérience

Le fait d'être en mesure de donner un sens à l'expérience associée au TSM est un attribut important dans l'engrenage du processus de rétablissement chez l'adolescent. Cet attribut inclurait tout autant le fait de donner un sens à l'expérience associée au TSM, qu'à la compréhension de ce dernier et de son historique. Le thème « sens donné à son expérience » a été mis en valeur par le biais de 49 extraits provenant de 13 études (présentés à l'Annexe B). Tout comme pour les précédents attributs, certains extraits étaient plus courts puisqu'ils mettaient en évidence le « sens donné à son expérience » comme étant une composante du rétablissement. Les autres extraits qui étaient plus longs ont permis d'identifier de quelle façon cet attribut prenait forme dans le processus de rétablissement.

L'étude de 1999 de Chistiansen (cité dans Hense et McFerran, 2017, p. 1006) soutient que la tentative réalisée par l'adolescent afin de donner un sens à son expérience associée au TSM

favoriserait un sentiment de cohérence dans le processus de rétablissement. À partir de ce sentiment de cohérence, l'adolescent serait en mesure de transposer ses expériences dans une construction d'identité qui englobe le TSM, mais qui ne s'y réduit pas (Hense et Mcferran, 2016, p. 1006). Par ailleurs, le sens que donne l'adolescent à son expérience pourrait se construire à partir de différentes perspectives comme l'extrait suivant le met en valeur : « Within the studies reviewed, participants appeared to make sense of their difficulties within either a medical or psychological discourse, although other studies reflected ways in which the participants moved between these » [À l'intérieur des études recensées, les participants semblaient comprendre leurs difficultés selon un discours médical ou psychologique, alors que d'autres études ont reflété la façon dont les participants se sont déplacés entre eux] (Veater, 2016, p. 42). Sans cette compréhension de son expérience, l'adolescent éprouverait des difficultés à progresser dans son rétablissement (Bonnett, 2016, p. 27).

Par la suite, la compréhension de l'adolescent de son expérience associé au TSM pourrait être soutenue par des moyens tels que la participation à des activités significatives, l'accès à de l'information sur le TSM dédié aux adolescents, le partage de son expérience ainsi que par le fait de sentir qu'il détient un certain contrôle dans le choix de son traitement (Bonnett, 2016, p. 25-26).

1.5.4.6 Ajustements des buts

Le thème « ajustement des buts », identifié comme un attribut du concept de rétablissement, a été repéré à partir de 14 extraits provenant de 5 études (présentés à l'Annexe B). À l'exception d'un extrait qui mettait en évidence l'ajustement des buts comme une composante

d'un modèle de rétablissement, tous les extraits étaient d'une longueur qui permettait d'extraire une compréhension du thème.

L'ajustement des buts inclurait une réévaluation des buts, des attentes et des choix (Bonnett, 2016; Kaplan et Racussen, 2012; Leavey, 2005; Wells et al., 2016; Yip, 2005). L'un des extraits provenant de l'étude de 2015 de Connel et al. (cité dans Bonnett, 2016) semble bien saisir l'essence du thème et de son apport dans le processus de rétablissement : « In the theme of 'strengthening of self' young people re-evaluated their life choices and values by recognising where changes had to be made which led to positive action in moving forwards; "I'm miserable, so things have to change". » [À l'intérieur du thème "renforcement de soi" les jeunes ont réévalué leurs choix de vie et leurs valeurs en reconnaissant où les changements devaient être apportés pour les conduire vers des actions positives pour aller de l'avant; "Je suis misérable, donc les choses doivent changer".] (p. 30).

Afin d'accompagner l'adolescent dans cet ajustement des buts, l'étude de Kaplan et Racussen (2012) met en évidence que les intervenants doivent travailler avec l'adolescent afin de cibler des buts qui sont possibles et atteignables, tout en encourageant l'adolescent à croire en ses capacités (p. 253). Un extrait d'entrevue de l'étude de Leavey (2005) permet de mettre en valeur les différences entre les buts passés et actuels chez l'adolescent en rétablissement : « Like, my goals used to be set really high, get high marks, go to university. Now it's just graduate high school and maybe go to college. (N9 Male) » [Par exemple, mes objectifs étaient fixés très hauts, obtenir des notes élevées, aller à l'université. Maintenant c'est juste de terminer le secondaire et peut-être

aller au cégep.] (p. 118). L'ajustement de leurs buts pourrait être sur le plan social, scolaire, personnel, etc. (Leavey, 2005, p. 118).

1.5.4.7 Développement de forces et habiletés

Le présent attribut met en lumière l'ensemble des forces et habiletés que l'adolescent est en mesure de développer au courant de son rétablissement. Dans le cas présent, ce sont 36 extraits qui ont été repérés à l'intérieur de 16 études (présentés à l'Annexe B.). Lorsque les forces et habiletés développées par l'adolescent étaient identifiées, mais que leur contexte de présentation dans la phrase n'apportait pas une compréhension supplémentaire, les extraits ont été codés de façon plus serrée. Dans le cas contraire, lorsque le contexte permettait une meilleure compréhension de l'attribut, les extraits ont été codés de façon plus large.

Les forces et habiletés développées par l'adolescent à travers son processus de rétablissement pourraient être différentes d'un adolescent à l'autre, toutefois certaines d'entre elles ont été repérées de façon plus récurrente que d'autres à travers les études. C'est le cas de la résilience qui a été repérée comme étant une force de caractère que l'adolescent développerait à l'intérieur de son processus de rétablissement (Bonnett, 2016; Friesen, 2007; Hess et al., 2014; Jackson et Lurie, 2006; John et al., 2015; Kaplan et Racussen, 2012; Veater, 2016). En ce qui concerne les habiletés développées par l'adolescent, elles pourraient inclure l'amélioration des habiletés sociales, des habiletés scolaires, des compétences en résolution de problème, des compétences artistiques ainsi que sportives (Friesen, 2007; Hense et McFerran, 2017; Hense et al., 2014; Leavey, 2005; Whitley et al. 2008; Yip, 2005).

L'extrait suivant provenant de l'étude de Hess et al. (2014) permet de bien saisir l'essence du présent attribut tout comme son apport dans le cheminement de l'adolescent :

Recovery focuses on valuing and building on the multiple capacities, resiliencies, talents, coping abilities, and inherent worth of individuals. By building on these strengths, consumers leave stymied life roles behind and engage in new life roles... with others in supportive, trust-based relationships. [Le rétablissement se concentre sur la valorisation et le renforcement de multiples capacités, de la résilience, des talents, des capacités d'adaptation et des valeurs intrinsèques de l'individu. En s'appuyant sur ces forces, les usagers laissent derrière eux des rôles de vie facultatifs et s'engagent dans de nouveaux rôles... avec les autres, dans des relations de soutien basées sur la confiance.] (p. 119).

1.5.4.8 Développement de stratégies d'adaptation

L'attribut « développement de stratégies d'adaptation » a été identifié parmi 76 extraits provenant de 21 études (présentés à l'Annexe B). La récurrence importante de ce thème peut laisser croire que le fait de développer des stratégies d'adaptation soit particulièrement imbriqué au rétablissement. En distinction avec l'attribut précédent, le « développement de stratégies d'adaptation » implique une participation active de l'adolescent afin qu'il puisse apprendre à vivre avec son TSM. Plusieurs stratégies d'adaptation utilisées par les adolescents ont été identifiées tout au long de la codification. Lorsque ces stratégies étaient mentionnées et que le contexte dans lequel elles étaient identifiées n'était pas nécessaire à sa compréhension, les extraits étaient plus courts. Toutefois, lorsque le contexte était nécessaire à sa compréhension, les extraits étaient plus

longs. L'ensemble de ces stratégies a pu être regroupé sous les différents sous-thèmes suivants : les stratégies cognitives, les stratégies psychologiques et les stratégies sociales.

Tout d'abord, les stratégies cognitives incluaient tout ce qui impliquait la recherche d'information concernant le TSM ou le rétablissement et ce qui impliquait l'apprentissage de différentes stratégies de gestion du TSM (Bonnett, 2016; Bruder, Gettings et Grealish, 2017; Hess et al., 2014; Jackson et Lurie, 2006; Jainchill et al., 2005; Kaplan et Racussen, 2012; Knightsmith, 2017; Knutson et al., 2013; Leavey, 2005; Qouta et al., 2012; Veater, 2016). Un extrait provenant de la thèse de Bonnett (2016) soutient que les apprentissages associés au TSM et aux stratégies d'adaptation permettraient à l'adolescent de reprendre du contrôle sur sa vie et de commencer à expérimenter certaines stratégies (p. 502).

Ensuite, les stratégies psychologiques mettaient en évidence l'utilisation de stratégies de gestion des symptômes associés au TSM (p. ex. la médication, les techniques d'auto-observation, les techniques de respiration, la relaxation, etc.) et l'utilisation de stratégies enseignées permettant de soutenir le rétablissement (p. ex. les stratégies de résolution de problème, la communication, le fait de demander de l'aide, tenter de donner un sens à son expérience, etc.) (Bonnett, 2016; Friesen, 2007; Hense et McFerran, 2017; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014; John et al., 2015; Kaplan et Racussen, 2012; Knightsmith, 2017; Knutson et al., 2013; Lal, 2010; Leavey, 2005; Veater et al., 2016; Ward, 2014; Yip, 2005).

Enfin, les stratégies sociales englobaient la participation à des activités sociales, sportives, artistiques ainsi qu'à l'implication dans son milieu (Bonnett, 2016; Friesen, 2007; Hense et McFerran, 2017; King et McChargue, 2014; Lal, 2010; Legerski et King, 2015; Unlu et Sahin,

2016; Yip, 2005). Pour l'adolescent, avoir la capacité de participer à des activités régulières et d'être inclus dans des événements sociaux sont à la fois des signes de rétablissement et des moyens afin de s'en rapprocher (Friesen, 2007, p. 43).

1.5.4.9 Processus

Le présent attribut saisit l'élément qui rend compte de la nature complexe du concept et qui peut le rendre particulièrement difficile à définir d'un individu à l'autre étant donné son unicité et son imprévisibilité (Bonnett, 2016, p. 10; Hess et al., 2014, p. 129). Le thème « processus » a été repéré à l'intérieur de 53 extraits provenant de 18 études (présentés à l'Annexe B). Tout comme les autres attributs, les extraits associés qui étaient plus courts ciblaient les caractéristiques se rapportant au thème sans son contexte, si ce dernier n'apportait pas une compréhension essentielle à la notion de processus. Dans le cas des extraits plus longs, ils permettaient de mettre en évidence de quelle façon l'attribut « processus » s'articulait et pouvait être défini à partir du rétablissement.

Ce thème met en valeur que le rétablissement ne suit pas nécessairement un court linéaire tout comme le met en évidence l'extrait suivant : « I was reminded that recovery isn't ever going to be straightforward – There will be ups and downs and that's normal. » [On m'a rappelé que le rétablissement ne serait jamais direct – Il y aura des hauts et des bas et c'est normal.] (Higham et Martynchyk, 2016, p. 497). Cet extrait souligne aussi que la compréhension du rétablissement comme étant un processus en mouvance, pourrait permettre à l'adolescent de normaliser ses attentes concernant son rétablissement.

Un extrait provenant de l'étude de Knightsmith (2017) permet de mettre en valeur que le processus de rétablissement peut être chambranlant, imparfait (p. 503). Toutefois, les obstacles

rencontrés doivent être perçus comme des défis à surmonter afin que l'adolescent puisse cheminer :

Accept that recovery is never perfect Our expectations around recovery also need to be realistic. No matter how mentally well they are, nobody has a good day every day, and the same is true for those of us in recovery from a mental illness. There will be bumps in the road. We need to acknowledge and prepare for this likelihood and recognise blips in recovery for what they are—small hurdles to overcome along the journey rather than a return to the start line. [Accepter que le rétablissement n'est jamais parfait. Nos attentes autour du rétablissement ont aussi besoin d'être réalistes. Peu importe leur état mental, personne ne passe une bonne journée tous les jours et il en va de même pour ceux en rétablissement d'un TSM. Il y aura des obstacles sur la route. Nous devons admettre et nous préparer à cette probabilité et reconnaître les instabilités du rétablissement pour ce qu'elles sont. De petits obstacles à surmonter tout au long du cheminement plutôt qu'un retour à la ligne de départ.] (Knightsmith, 2017, p. 503)

1.5.5 Définition de la sélection des attributs

En se basant sur les neuf attributs retenus dans l'analyse de l'étape précédente, la définition suivante de rétablissement d'un TSM chez un adolescent est proposée. Le concept d'intérêt se définirait comme un processus unique, personnel et non-linéaire marqué par une vision optimiste, basée sur l'espoir impliquant la construction d'un sens et d'une compréhension face à l'expérience de santé mentale vécue par l'adolescent, et ce, afin de développer son identité, son estime de lui-

même ainsi que des attentes et des buts personnels ajustés à cette expérience. Le rétablissement d'un TSM est un processus par lequel l'adolescent se met en action pour aller de l'avant, malgré l'impact des symptômes de santé mentale, en développant des forces, habiletés et stratégies d'adaptation diverses afin de réduire l'impact de ces symptômes et à l'intérieur duquel il doit s'entourer d'un réseau de soutien positif (famille, amis, intervenants) qui lui permettra de se sentir dans un milieu compréhensif, soutenant et sécurisant.

1.6 Identification des cas : Étapes 5 et 6

Ces étapes consistent à présenter des exemples (cas) se rapprochant le plus possible de la réalité pour illustrer de façon très concrète le concept en fonction du domaine d'étude du chercheur (Walker et Avant, 2011). Les cas se développent à partir des attributs du concept identifié à l'étape 4. Par exemple, le cas nommé « modèle » mettrait en évidence tous les attributs du concept de rétablissement chez l'adolescent à l'intérieur d'un exemple qui pourrait se présenter dans la pratique. Ce dernier pourrait être tiré d'un exemple trouvé dans la documentation écrite, d'un exemple observé dans la réalité, ou il peut être construit de toute pièce par le chercheur (Walker et Avant, 2011). Cinq autres types de cas existeraient aussi, le cas contraire, le cas limite, le cas relié, le cas inventé et le cas illégitime. La présentation de l'ensemble de ces cas ne serait pas nécessairement essentielle, mais ils devraient être choisis en fonction des objectifs de l'étude (Walker et Avant, 2011). L'identification des cas aurait pour objectif d'actualiser le concept dans un contexte utile au chercheur afin que le concept soit plus clair, tangible et puisse être facilement reconnu parmi des concepts apparentés.

Toutefois, dans le cadre de ce mémoire, les étapes 5 et 6 n'ont pas été réalisées. En effet, la réalisation de l'identification des cas n'a pas été réalisée par souci de temps et puisqu'elle n'a pas été jugée essentielle au dégagement d'une définition opérationnelle du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM ou à l'apport d'un regard critique sur l'adéquation du modèle CHIME.

1.7 Identification des antécédents et des conséquents du concept : Étape 7

1.7.1 Description de l'identification des antécédents et des conséquents

Cette étape permet d'identifier les antécédents et les conséquents du concept, c'est-à-dire, ce qui précède l'apparition du concept et ce qui découle de la présence du concept (Walker et Avant, 2011). Pour être considérées comme des antécédents, les caractéristiques précédant le concept doivent permettre de situer dans quel contexte le concept se développe et d'identifier ce qui est nécessaire à son apparition (Walker et Avant, 2011). Pour être considérés comme des conséquents, les extraits doivent mettre en évidence des conséquences reliées à la présence du concept (Walker et Avant, 2011). L'identification des antécédents et des conséquents contribuent à mieux délimiter le concept à l'étude en raison du fait que ces derniers doivent se distinguer clairement des attributs auxquels on reconnaît la présence du concept. Bien que l'étape de l'identification des antécédents et des conséquents soient présentée à la suite des étapes d'identification des attributs (étape 4) et des cas (étapes 5 et 6), l'exercice d'analyse sur lequel chacune de ces étapes s'appuie se réalise de façon itérative, impliquant de multiples allers-retours entre les études recensées et la catégorisation émergente. Par conséquent, afin de vérifier l'exactitude des catégorisations effectuées dans les étapes antérieures, d'assurer la cohérence de la

codification entre les différentes étapes et d'éviter des oublis de codification, les données brutes antérieures ont été reconsultées à chaque étape. Par exemple, lors de l'étape du repérage des conséquents, les définitions classées sous la perspective axée sur le résultat (présenté à la section 1.4.4) ont été reconsultées afin d'assurer la sélection des informations nécessaires aux conséquents.

1.7.2 Repérage des caractéristiques précédant l'apparition du concept

Tout d'abord, pour être sélectionnées et classées sous le thème « caractéristiques précédant le concept » dans le logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018), les informations disponibles devaient répondre à la question suivante : « Quels sont les événements, contextes, états ou caractéristiques qui sont présents avant l'apparition du concept et/ou qui doivent être en place avant l'apparition du concept? ». Cette première étape a permis de relever tous les extraits reliés à des événements, contextes, états et caractéristiques présents avant l'apparition du concept. L'ensemble des caractéristiques précédant le concept, ainsi que les antécédents du concept (caractéristique nécessaire à l'apparition du concept), ont été repérées à l'intérieur de 15 études et ont permis de mettre en évidence 106 extraits.

1.7.3 Codification des caractéristiques précédant l'apparition du concept

Premièrement, tout comme cela a été le cas pour la codification des caractéristiques du concept (voir la procédure présentée à l'étape 4), les événements, contextes, états ou caractéristiques précédant le concept ont d'abord été codés sous leur propre appellation ou à partir de leur contenu manifeste (c.-à-d. sans faire d'inférence par rapport à leur signification). Par exemple, le thème « attribution du bon diagnostic » a été repéré à partir de l'extrait suivant :

at first the doctors thought that I was schizophrenic, but then they said no, and then they said I had dissociate disorder...and then after, they said, “No, that’s not it either.” And then I went to [name of hospital] and my doctor...now, says that I have bipolar, so that’s how I got my...my diagnosis, as being bipolar. Yeah. (N7 Female) [Au début les médecins pensaient que j’étais schizophrène, mais ensuite ils m’ont dit non et ensuite ils m’ont dit que j’avais un trouble dissociatif... et ensuite, ils m’ont dit “Non, ce n’est aucun des deux” ensuite je suis allé à l’hôpital et mon médecin... maintenant, m’a dit que j’avais un trouble bipolaire, donc c’est de cette façon que j’ai eu mon diagnostic, celui d’être bipolaire. Yeah.] (Leavey, 2005, p. 114)

Au courant de la codification des caractéristiques, les thèmes ont été comparés entre eux afin de faire émerger de nouveaux regroupements de thèmes communs. Ainsi, la « présence d’un TSM » est apparue comme un thème qui permettait de regrouper tous les sous-thèmes suivants : « présence de symptômes envahissants », « attribution du bon diagnostic », ainsi que tous les TSM repérés individuellement : « psychose », « schizophrénie », « anxiété », « dépression », « trouble obsessionnel compulsif », « trouble du comportement alimentaire ». Ce thème a permis de réunir tout ce qui avait un lien avec les diagnostics de TSM, soit la façon dont le diagnostic était attribué, la réaction de l’adolescent face à ce diagnostic et la présence des symptômes reliés au diagnostic. À la suite de cette codification, 10 thèmes ont pris forme dans l’arborescence du journal de code du logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018). Les caractéristiques regroupées sous chacun de ces thèmes sont présentées dans l’annexe C.

Suivant la même organisation que les caractéristiques du concept à l’étape de la détermination des attributs (voir la procédure décrite à l’étape 4), les caractéristiques précédant le

concept ont été classées selon les différents systèmes du modèle écologique. À l'intérieur de l'ontosystème se retrouvent les caractéristiques regroupées sous les thèmes de la présence du TSM, la prise de conscience de ses difficultés, la réticence à recevoir ou demander de l'aide, le sentiment de colère, la peur reliée à la stigmatisation et l'acceptation de son diagnostic. En ce qui concerne le microsystème, le thème des difficultés académiques s'y retrouve. Le dernier système impliqué dans le classement des caractéristiques est le chronosystème. Ce dernier inclut les thèmes suivants : une période marquée par des pertes, une période de crise et de stress et l'interruption ou la stagnation du développement des relations amoureuses ou intimes.

1.7.4 Sélection des antécédents du concept

Pour donner suite à l'exercice de repérage et de codification des caractéristiques précédant le concept, la sélection des antécédents a été réalisée. Les extraits ont été analysés en tentant de répondre à une deuxième question afin de déterminer quelles caractéristiques repérées devaient être identifiées comme des antécédents du concept : « Quels sont les événements, contextes, états ou caractéristiques qui sont relevés le plus souvent avant l'apparition du concept et qui sont nécessaires à son apparition? ». Afin de répondre à cette deuxième question, différentes possibilités d'ajouts et de retraits de caractéristiques ont été testées afin d'évaluer, de manière hypothétique, leur impact sur le développement du concept. Pour être considérée comme un antécédent, une caractéristique devait se révéler nécessaire au développement du concept, c'est-à-dire qu'il fallait que son retrait empêche l'apparition du concept. À partir de ces critères, quatre antécédents sont ressortis : 1) la présence du TSM, 2) la période marquée par des pertes, 3) la période de crise et de stress et 4) l'acceptation de son diagnostic. Selon les résultats de l'analyse,

chacun de ces quatre antécédents doit précéder l'apparition du rétablissement chez les adolescents, sans quoi ce dernier ne peut être entamé. Autrement dit, la présence de ces quatre antécédents est requise pour permettre l'apparition du concept.

1.7.4.1 La présence du TSM

L'antécédent « présence du TSM » est évidemment présent dans l'ensemble des études recensées puisqu'il est impossible de se rétablir d'un TSM si ce dernier n'est pas présent. Toutefois, 32 extraits provenant de 8 études soulignent des caractéristiques permettant de comprendre comment le diagnostic et les symptômes reliés s'installent chez l'adolescent (extraits présentés à l'Annexe C).

Tout d'abord, il est important de souligner que le processus de rétablissement pourrait avoir lieu uniquement si l'adolescent reçoit d'abord un diagnostic de TSM et, de façon plus importante, le bon diagnostic (Leavey, 2005; Veater, 2016). Par ailleurs, dans le cadre de la thèse de Veater (2016), l'un des thèmes émergeant des entrevues dirigées auprès d'adolescents vivant avec un trouble obsessionnel compulsif concernait l'impact que le TSM a sur la vie des adolescents. Un extrait relié à ce thème met bien en évidence l'expérience d'un adolescent vivant avec ce trouble : « OCD appeared [...] to be powerful and all consuming. Participants lacked control and were left with no option but to adhere to the demands of OCD » [Le trouble obsessionnel compulsif semblait [...] être puissant et ravageur. Les participants manquaient de contrôle et n'avaient pas d'autres options que d'adhérer aux demandes du trouble] (Veater, 2016, p. 96). Par la même occasion, cet extrait met en valeur que le fait de vivre avec un TSM serait particulièrement chargé émotionnellement en raison des symptômes associés au TSM diagnostiqué.

1.7.4.2 La période marquée par des pertes

Tout d'abord, l'antécédent « période marquée par des pertes » a été identifié au travers de 6 études et a permis de repérer 46 extraits qui sont présentés à l'annexe C (Bonnett, 2016; Grealish et al., 2016; Hense et al., 2014; John et al., 2015; Leavey, 2005; Veater, 2016). L'étude de Leavey (2005) met en valeur ce thème à l'intérieur de différents extraits illustrant que l'adolescent vivrait une perte de son autonomie et serait porté à être dépendant de sa famille alors qu'il devrait être en pleine découverte de son indépendance. Cette période est aussi caractérisée par une perception embrouillée que l'adolescent a de lui-même et par des difficultés qui se répercutent sur son développement identitaire : « This often contributed to a sense of loss of the self they once knew or a disruption in the way the participant related to themselves » [Cela contribue au sentiment de perte de la personne qu'ils ont connue ou à une perturbation dans la façon dont la personne participante était en relation avec eux] (Simmonds et al., 2014; Wisdom et Green, 2004; Woodgate, 2006). L'expérience de l'adolescent quant à son TSM aurait un impact important sur ses relations sociales. La peur du jugement et de la stigmatisation entraînerait l'adolescent à se refermer sur lui-même et à s'isoler socialement. Cet isolement aurait d'ailleurs des impacts sur la perte de certains, voire de plusieurs amis.

1.7.4.3 La période de crise et de stress

Ce thème a été identifié à l'intérieur de 6 études et grâce à 14 extraits qui sont présentés à l'annexe C (Bonnett, 2016; *First person recovery: A mother's love is indeed unconditional*, 2005; Henriksen, 2014; Jackson et Lurie, 2006; John et al., 2015). Une période de crise et de stress serait aussi un moment marquant se situant souvent après la réception du diagnostic et avant le début du processus de rétablissement pouvant s'échelonner sur une durée variable. L'extrait provenant de

la thèse de Veater (2016) présente une situation de crise vécue par une adolescente envahie par ses symptômes reliés au trouble obsessionnel compulsif :

« I couldn't ... it all happened quite quickly I couldn't rest ... I couldn't do anything that other people would do in the morning... so when I was putting my shoes on I couldn't do the Velcro or do anything. ... I didn't like the noise I couldn't do it quick enough I was doing it so many times all I remember is one day just kind of sitting in my room and the bus had I think the bus had already left and ... sitting on the floor crying and my mum was saying I think we need help...so at that point I think we went to the GP. » [Je ne pouvais pas... C'est arrivé si vite, je ne pouvais pas me calmer... Je ne pouvais rien faire de ce que les autres font le matin...donc, quand je mettais mes souliers, je n'étais pas capable de mettre mes velcros ou faire autre chose... Je n'aimais pas le bruit et je ne pouvais pas le faire assez vite. Je le faisais si souvent que tout ce dont je me souviens c'est qu'un jour, j'étais assise dans ma chambre et l'autobus avait, je pense que l'autobus avait déjà quitté et... je pleurais sur le plancher et ma mère disait, je crois que nous avons besoin d'aide... Donc je crois que c'est à ce point que nous sommes allés voir un professionnel] (Veater, 2016, p. 95).

Cette période de crise serait gérée de façon différente pour chaque personne. Certains tenteraient de fuir le stress de cette période en utilisant des stratégies variées : « participants reported engaging in sexually promiscuous behaviour and substance abuse as a way of coping, and also contemplated suicide. » [Les participants ont indiqué s'engager dans des comportements de promiscuité sexuelle, d'abus de substance comme un moyen pour gérer la situation et qu'ils envisageaient le suicide] (Veater, 2016, p. 46).

1.7.4.4 L'acceptation de son diagnostic

Parmi les 13 études ayant repéré des antécédents du concept, 5 d'entre elles identifiaient à travers 15 extraits (présentés à l'Annexe C) que l'acceptation de son TSM et des difficultés qui en découlent représente une étape importante permettant d'enclencher un processus de rétablissement (Knutson et al., 2013; Lal, 2010; Leavey, 2005; Veater, 2016; Yip, 2005). L'extrait de l'étude de Lal (2010) est celui qui mettait le mieux en valeur cet antécédent : « An important first step in applying the recovery concept entails that an individual accept having an illness to recover from or be in recovery » [Que l'individu accepte d'être atteint d'une maladie ou d'être en rétablissement est un premier pas important dans l'application du concept de rétablissement] (Lal, 2010, p. 86).

1.7.5 Repérage des conséquents

Pour être sélectionnées et classées sous le thème « conséquents », les informations devaient répondre à la question suivante : « Quels sont les résultats, conséquences ou événements qui surviennent à la suite de l'apparition du concept? ». La réponse à cette question a permis de repérer les résultantes de la présence du concept, sous la forme de conséquences, événements, états ou contextes. Ensuite, les éléments extraits ont été analysés afin de dégager des thèmes communs permettant de les regrouper. Puisque l'objectif relié à cette étape visait à brosser un portrait global de toutes les conséquences pouvant être associées à la présence du concept, une seule phase d'analyse a été réalisée (contrairement aux étapes précédentes qui nécessitaient une deuxième phase d'analyse pour dégager les caractéristiques récurrentes et/ou fondamentales). Cette étape a permis de repérer des conséquents à l'intérieur de 25 études et d'identifier 64 extraits.

1.7.6 Codification des conséquents

Les résultantes du concept ont d'abord été codées en fonction du sens contenu dans les extraits repérés. Par exemple, l'étude de More et al. (2018) mettait en évidence quatre résultats reliés au fait d'être rétabli à la suite d'un plan de traitement incluant un programme d'entraînement. Ces quatre résultats ont d'abord été codés sous leur propre appellation soit : « sentiment d'accomplissement », « rétablissement des relations », « diminution de l'envie et de l'isolement », « routine ». Au courant de la codification et de la lecture des extraits, des regroupements ont été formés pour rassembler des thèmes communs. Ainsi, le thème « rétablissement des relations » a été fusionné avec les thèmes « amélioration des relations sociales », « implication dans son réseau social » et « amélioration du fonctionnement social » pour former le thème « amélioration du bien-être sur le plan social » qui représentait le sens commun des extraits associés. À la suite de cette codification, les sept thèmes qui suivent ont pris forme dans l'arborescence du journal de code du logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018) : l'atteinte d'un bien-être émotionnel, l'amélioration du bien-être psychologique, l'amélioration du bien-être sur le plan social, l'utilisation de stratégies adaptées, le changement de sécrétion de certaines hormones, le développement d'un autre TSM ou de symptômes et la présence de difficultés sur le plan du fonctionnement social.

Il est à noter que certaines caractéristiques ayant été identifiées à l'établissement des usages (étape 4, section 1.5.4) se retrouvent dans certains des thèmes associés aux conséquents. Cette situation s'explique par le fait que certaines caractéristiques qui se produisent pendant le processus

de rétablissement tendent à se maintenir à la suite du rétablissement, telles que la réduction des symptômes et l'amélioration du fonctionnement.

1.7.6.1 Atteinte d'un bien-être émotionnel

Le conséquent de « l'atteinte d'un bien-être émotionnel » était mis en valeur à l'intérieur de 11 études et 15 extraits (présentés à l'Annexe D) ont été repérés à ce sujet (Grealish et al., 2016; Hense, McFerran et McGorry, 2014; Hess et al., 2014; Knightsmith, 2017; Knutson et al., 2013; Lal, 2010; More et al., 2018; Mulvale et Bartram, 2009; Oswald, 2006; Vallejos et al., 2016; Ward, 2014). Le thème de l'atteinte d'un bien-être émotionnel rassemblait les sous-thèmes du sentiment de bien-être, la poursuite d'une vie satisfaisante et la qualité de vie. Le sentiment de bien-être est le sous-thème ressorti le plus fréquemment en comparaison aux autres sous-thèmes, soit dans sept extraits provenant de quatre études (Hense, McFerran et McGorry, 2014; Hess et al., 2014; Knightsmith, 2017; More et al., 2018). Le sentiment de poursuivre une vie satisfaisante et qui a du sens pour l'adolescent était aussi un sous-thème mis en évidence de façon importante dans les extraits : « achieving a meaningful and more resilient life irrespective of mental health “symptoms” or disabilities. » [atteindre une vie qui a du sens, plus résiliente malgré les symptômes ou les difficultés] (Vallejos et al., 2016, p. 263).

1.7.6.2 Amélioration du bien-être psychologique

Le conséquent « l'amélioration du bien-être psychologique » a été repéré dans 20 extraits (présentés à l'Annexe D) provenant de 14 études (Birmaher et al., 2000a; Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014; Hess et al., 2014; Jackson et Lurie, 2006; Kovacs, 1994; Lal, 2010; Last et al., 1996; Moberg et Finch, 2007; Nehring et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Oswald, 2006; Veater,

2016; Voelz et al., 2013). Les sous-thèmes de l'amélioration du fonctionnement psychologique et de la réduction de symptômes ont été rassemblés sous ce thème. Ce dernier sous-thème était le plus récurrent et incluait à certaines occasions la rémission du TSM « lead to decreases in depressive symptomatology and, ultimately, the remission of depression. » [mène à la réduction des symptômes dépressifs et ultimement, la rémission de la dépression] (Voelz et al., 2003, p. 1184). L'amélioration du fonctionnement psychologique est une autre des conséquences positives importantes observées lorsque le rétablissement est atteint et a été repéré à l'intérieur de neuf extraits appartenant à six études (Birmaher et al., 2000a; Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014; Hess et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Oswald, 2006).

1.7.6.3 Amélioration du bien-être sur le plan social

Le conséquent « amélioration du bien-être social sur le plan social » a été retrouvé à l'intérieur de 14 extraits (présentés à l'Annexe D) provenant de 8 études (Birmaher et al., 2000a; Bonnett, 2016; Grealish et al., 2016; Hense, McFerran et McGorry, 2014; Hess et al., 2014; Jackson et Lurie, 2006; Lal, 2010; More et al., 2018). Les sous-thèmes en faisant partie sont l'amélioration des relations sociales, l'amélioration du fonctionnement social et l'implication dans son réseau. L'amélioration des relations sociales est le sous-thème le plus fréquemment repéré et présent dans huit extraits provenant de cinq études (Birmaher et al., 2000a; Grealish et al., 2016; Jackson et Lurie, 2006; Lal, 2010; More et al., 2018). L'étude de Jackson et Lurie (2006) met en évidence que des améliorations peuvent être notées dans les relations entre l'adolescent et ses différents groupes sociaux : « had improved social relationships, particularly with peers and romantic partners » [a amélioré ses relations sociales, particulièrement celles avec ses pairs et ses partenaires amoureux] (Jackson et Lurie, 2006, p. 144).

1.7.6.4 Utilisation de stratégies adaptées

Le conséquent « utilisation de stratégies adaptées » a été repéré grâce à neuf extraits (présentés à l'Annexe D) provenant de trois études (Hense, McFerran, McGorry, 2014; Knighthsmith, 2017; More et al., 2018). Les sous-thèmes associés à ce conséquent concernaient différentes stratégies pouvant être mises en action dont l'auto-observation, l'activité physique, l'établissement d'une routine et, de manière plus générale, le sous-thème de poser des actions positives a été identifié. Un extrait de l'étude de Knighthsmith (2017) permet aussi de mettre en valeur que ces stratégies seraient évidemment une conséquence du concept, mais qu'elles permettraient de maintenir du rétablissement en favorisant le maintien du bien-être chez l'adolescent : « they can recognise warning signs early and learn to respond positively in order to maintain their wellbeing long-term. » [Ils peuvent reconnaître les signes précurseurs et apprendre à répondre positivement afin de maintenir leur bien-être sur le long terme] (p. 503).

1.7.6.5 Changement dans la sécrétion de certaines hormones

Le conséquent « changement dans la sécrétion de certaines hormones » était moins commun aux autres et a été relevé à l'intérieur de trois extraits (présentés à l'Annexe D) provenant de deux études dont leur cible de recherche se voulait axée sur l'analyse du changement de la sécrétion de certaines hormones au courant de traitements chez une clientèle d'adolescents présentant un TSM (Birmaher et al., 2000b; Hardman et al., 1999). L'étude de Birmaher et al. (2000b) souligne qu'il y aurait une diminution de la sécrétion de l'hormone de croissance chez les jeunes ayant un trouble dépressif majeur, mais que la sécrétion de l'hormone pourrait revenir à la normale lorsque le jeune est placé dans un environnement soutenant exempt de stress. Quant à l'étude de Hardman et al. (1999), ils mettent en valeur que les adolescents dépressifs présentant

des épisodes de psychoses s'étant rétablis (selon la définition du rétablissement axée sur un résultat) auraient une sécrétion de prolactine plus élevée lors de leur période d'éveil, que les adolescents dépressifs rétablis sans épisode de psychose (p. 510).

1.7.6.6 Développement d'un autre TSM ou de symptômes

Les conséquences relevées concernant le concept de rétablissement chez les adolescents ne seraient pas toutes positives, dans certains cas d'autres TSM seraient développés à la suite du rétablissement du TSM qui était présent initialement. Deux extraits (présentés à l'Annexe D) provenant de deux études mettent en valeur soit le développement d'un autre TSM ou la présence de symptômes dépressifs malgré la rencontre des critères de rétablissement (Klein, Lewinsohn et Seeley, 1997; Nehring et al., 2014). L'étude de Klein et al. (1997) souligne qu'il serait fréquent d'observer la présence de trouble dépressif et de comportements compulsifs pendant et à la suite du rétablissement d'un trouble des conduites alimentaires (p. 131).

1.7.6.7 Présence de difficultés de fonctionnement social

Dans le cas du thème suivant, un seul extrait a été identifié dans l'étude de Klein et al. (1997). Bien qu'il ne représente pas une donnée permettant un jugement généralisable sur les conséquences reliées au concept, il était nécessaire de l'identifier afin d'être en cohérence avec la démarche concernant la présentation d'un portrait complet des conséquences. Cet extrait met en valeur des difficultés continues même après le rétablissement clinique d'un trouble dysthymique : « adolescents with dysthymic disorder continue to experience significant difficulties in psychosocial functioning even after recovery. » [L'adolescent ayant un trouble

dysthymique continuerait à ressentir des difficultés significatives sur le plan du fonctionnement psychosocial, même suite au rétablissement.] (Klein et al., 1997, p. 127).

1.8 Identification des référents empiriques : Étape 8

1.8.1 Description de l'identification des référents empiriques

Les référents empiriques représentent les indicateurs sur la base desquels il est possible de juger de la présence du concept. Dans certains cas, les référents empiriques peuvent être libellés de manière semblable aux attributs du concept (Walker et Avant, 2011). C'est grâce à eux qu'il est possible de mesurer le concept et de l'opérationnaliser de façon adéquate (Walker et Avant, 2011). Pour identifier les référents empiriques du concept à l'étude, il peut être nécessaire de réaliser un nouvel examen de la littérature scientifique en ciblant plus spécifiquement les outils de mesure du concept. Cette étape permet de guider le choix d'un outil de mesure ou d'identifier les indicateurs nécessaires à la mesure du concept qui pourrait mener à la construction d'un outil adapté s'il n'en existe pas (Walker et Avant, 2011). Dans le cadre de la présente analyse de concept, il n'y a pas eu de nouvel examen de la littérature. Les référents empiriques ont été identifiés à partir des 56 études recensées lors de l'étape de l'établissement des usages (étape 3).

1.8.2 Repérage des éléments permettant de mesurer le concept

Dans un premier temps, pour être sélectionnées et classées sous le thème « référents empiriques » dans le logiciel NVivo 12 (QSR International Pty Ltd., 2018), les informations devaient répondre à l'une des questions suivantes : « comment le concept est-il mesuré? » et « Quels sont les indicateurs permettant de témoigner de la présence du concept? ». Cette première

étape a alors permis de faire ressortir un relevé de tous les référents empiriques au concept, et ce, parmi 277 extraits provenant de 29 études. Les extraits reliés à la première question ont permis de rassembler les outils ou questionnaires permettant de mesurer le concept et les extraits reliés à la deuxième question ont permis davantage de repérer les échelles de mesure et les items permettant de mesurer le concept.

1.8.3 Codification des référents empiriques

Tout d'abord, les outils de mesure et les questionnaires ayant été repérés à partir de la première question sont présentés au tableau 4 et ont été classés selon la perspective axée sur le résultat et sur le processus. Cette classification des référents empiriques permet de constater que la plupart des outils utilisés à l'intérieur des études constituent des outils pour mesurer les conséquents du concept, plus particulièrement les symptômes, le fonctionnement et le bien-être (Burlingame, Wells, Lambert, 1995; Chambers et al., 1995; Goldberg et Williams, 1998; Goodman, Meltzer et Bailey, 1998; Kinderman et al., 2011; Neil et al., 2009; Ogles et al., 2004). En ce qui concerne les outils ayant été classés sous la perspective axée sur le processus, ils présentaient des échelles permettant de mesurer certains des attributs du concept, soient le développement de forces (Epstein et Sharma, 1998), le sens donné à son expérience (John et al., 2015), l'empowerment (John et al., 2015), l'espoir (John et al., 2015) et la présence d'une identité positive (Rosenberg, 1965).

La codification reliée à la deuxième question s'est faite de façon déductive, c'est-à-dire que les indicateurs permettant de témoigner de la présence du concept ont été classés sous les attributs auxquels ils se rattachent (voir à cet effet les résultats de l'étape 4). Afin d'assurer une

codification cohérente et couvrant l'ensemble des données, un retour aux données brutes reliées aux attributs a été réalisé afin de vérifier l'adéquation entre les référents empiriques repérés et l'attribut sous lequel il a été classé.

1.8.3.1 Mesure de l'espoir

Les référents empiriques permettant de mesurer la présence de l'espoir chez les adolescents vivant avec un TSM ont été repérés à l'intérieur de 8 études et grâce à 27 extraits. (Bonnett, 2016; Harvey, 2016; John et al., 2015; Kaplan et Racussen, 2012; Knutson et al., 2013; Oswald, 2006; Voelz et al. 2003; Ward, 2014). Les extraits (présentés à l'Annexe E) ont été ensuite consultés afin de faire émerger des thèmes communs (référents empiriques) permettant de mesurer la présence de l'espoir dans le processus de rétablissement. Découlant de cette analyse les référents empiriques (ou indicateurs) suivants ont émergé : capacité de penser au futur, présence de pensée optimiste face au futur, confiance quant à l'atteinte de ses buts, croyance qu'il est possible de vivre avec les symptômes du TSM, maintien de l'espoir dans les bons moments et les plus difficiles.

Parmi ces études, seule l'étude de John et al. (2015) ayant pour but de développer des mesures afin d'évaluer de rétablissement personnel chez les jeunes de 10 à 18 ans atteints de dépression ou d'un trouble anxieux, met en valeur un outil incluant des indicateurs permettant de mesurer l'espoir. Leur étude a permis le développement de trois questionnaires permettant de mesurer le rétablissement, un questionnaire autorépondant pour le jeune « Recovery Questionnaire for Young Person (ReQuest YP) », un questionnaire pour le parent « Recovery Questionnaire – Parent (ReQuest – P) » et un questionnaire pour le parent à propos de son enfant « Recovery Questionnaire – Parent report of Young People (ReQuest – PYP) ». À l'intérieur de leurs

questionnaires, plusieurs questions permettaient de mesurer l'espoir en utilisant une échelle de Likert de 4 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (complètement).

1.8.3.2 Mesure de l'empowerment

Les référents empiriques de l'empowerment ont été mis en valeur à l'intérieur de 46 extraits (présentés à l'Annexe F) provenant de 16 études (Bonnett, 2016; Bruder et al., 2017; Grealish et al., 2016; Henriksen, 2014; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014; Higham et Martynchyk, 2016; John et al., 2015; *First person recovery: A mother's love is indeed unconditional*, 2005; Kaplan et Racussen, 2012; Knutson et al., 2013; Lal, 2010; Leavey, 2005; Veater, 2016; Ward, 2014; Wells et al., 2016). Les extraits ont permis de faire émerger quatre référents empiriques associés à la mesure de l'empowerment, soit le fait de prendre ses décisions, d'être en action dans ses décisions, de se sentir en contrôle et de se responsabiliser.

Par ailleurs, l'étude de John et al. (2015) se démarque encore une fois en proposant les questionnaires « ReQuest YP », « ReQuest – P », « ReQuest – PYP » permettant de mesurer le contrôle et le sentiment d'efficacité de l'adolescent vivant avec un trouble anxieux ou un trouble dépressif. Bien que leurs énoncés associés à l'empowerment n'étaient pas clairement identifiés, ceux se rapportant aux référents empiriques ayant émergé de l'analyse ont été classés dans l'empowerment.

1.8.3.3 Mesure de la présence d'un réseau de soutien de qualité

Les référents empiriques en lien avec la présence d'un réseau de soutien ont été repérés dans 38 extraits provenant de 13 études (Bonnett, 2016, Hense et al., 2014; Hess et al., 2014; Higham et Martynchyk, 2016; Jackson et Lurie, 2006; John et al., 2015; Kaplan et Racussen, 2012;

Knutson et al., 2013; Leavey, 2005; Legerski et King, 2015; Schnell, 2008; Veater, 2016; Yip, 2005). Ces extraits (présentés à l'Annexe G) ont permis de mettre en évidence quatre référents empiriques soit, la réception de soutien de son réseau, le sentiment d'être bien dans son réseau, la compréhension de la part de son réseau, la présence de relations positives et saines.

Les outils ayant été utilisés parmi les études repérées afin de mesurer l'attribut de la présence d'un réseau de soutien de qualité sont le « BBC well-being scale » (Kinderman et al., 2011), « Questionnaire about the process of recovery » (Neil et al., 2009) et les questionnaires de John et al. (2015) « ReQuest YP; ReQuest – P ;ReQuest – PYP ». Le « BBC well-being scale » (Kinderman et al., 2011) est un questionnaire autorépondant de 24 énoncés permettant de mesurer le bien-être selon trois dimensions incluant la santé physique, la santé psychologique ainsi que l'environnement et les relations sociales. Toutefois, les énoncés inclus dans le « BBC well-being scale » (Kinderman et al., 2011) n'ont pas été pris en considération dans la sélection des référents empiriques puisque le questionnaire a été développé en fonction d'une population de 17,5 ans à 42 ans, ce qui ne correspond pas à l'objectif de la présente analyse de concept. En ce qui concerne le « Questionnaire about the process of recovery » (Neil et al., 2009), celui-ci est un questionnaire autorapporté incluant 22 énoncés permettant de mesurer le rétablissement personnel d'une psychose. Le questionnaire mesurait deux dimensions, le rétablissement intrapersonnel et le rétablissement interpersonnel qui était chacune divisé en trois sous-échelles (perturbation psychologique, qualité de vie, empowerment). Cependant, le questionnaire a été développé à partir d'une population entre 27 ans et 53 ans, ce qui ne correspond pas à la clientèle cible de la présente analyse de concept. Ainsi, les énoncés de ce questionnaire n'ont pas été inclus dans les extraits. Enfin, certains énoncés reliés aux questionnaires développés par John et al. (2015) ont été inclus

dans les extraits puisqu'ils permettaient de cibler des indicateurs de la présence d'un réseau de soutien de qualité.

1.8.3.4 Mesure de la présence d'une identité positive

Les référents empiriques permettant de mesurer la présence d'une identité positive ont été identifiés dans 41 extraits appartenant à 10 études (Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014, John et al., 2015; Knutson et al., 2013; Leavey, 2005; Veater, 2016; Ward, 2014; Yip, 2005). Les 41 extraits (présentés à l'Annexe H) ont été ensuite consultés afin de faire émerger des thèmes communs correspondants aux référents empiriques suivants : perception positive de soi, distinction entre soi et le TSM, définition ou redéfinition de soi, amélioration de son estime.

Les questionnaires « ReQuest YP » et « ReQuest – PYP » développés par John et al. (2015) ont permis de mettre en évidence des énoncés qui pouvaient être identifiés sous les référents empiriques déterminés. Par la suite, le questionnaire « Rosenberg self-esteem scale » (Rosenberg, 1965) a été identifié comme un questionnaire permettant de mesurer l'un des référents empiriques étant l'estime de l'adolescent et ayant une bonne cohérence interne (α entre 0,72 et 0,87) (Tomás et Oliver, 1999). Par conséquent, les énoncés de ce questionnaire ont été ajoutés aux extraits classés sous le référent empirique intitulé « amélioration de l'estime » pour compléter l'Annexe H, ce qui mène le nombre d'extraits à 51.

1.8.3.5 Mesure du sens donné à son expérience (compréhension)

Tout d'abord, les référents empiriques de cet attribut ont été repérés à l'intérieur de 31 extraits provenant de 10 études (Bonnett, 2016; Henriksen, 2014; Hense et al., 2014; Hess et al.,

2014, John et al., 2015; Knutson et al., 2013; Leavey, 2005; Legerski et King, 2015; Veater, 2016; Ward, 2014). Ensuite, ces extraits ont été consultés et ont permis de faire émerger les référents empiriques suivants (extraits présentés à l'Annexe I), c'est-à-dire les indicateurs permettant la mesure de l'attribut « sens donné à son expérience » : compréhension du contexte et des déclencheurs de son TSM, compréhension de son TSM, définition personnelle de son rétablissement, création d'un sens ou d'un nouveau sens à sa vie.

En ce qui concerne les outils qui ont été repérés permettant de mesurer l'attribut « sens donné à son expérience », ce sont deux des questionnaires développés par John et al. (2015) le « ReQuest YP » ainsi que le « ReQuest – PYP » qui incluaient une échelle de mesure ciblant la compréhension du TSM et la définition personnelle de son rétablissement (échelle intitulée trouver du sens).

1.8.3.6 Mesure de l'ajustement des buts

Les référents empiriques permettant de mesurer l'ajustement des buts ont été identifiés dans 10 extraits appartenant à 6 études (Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014, John et al., 2015; Knutson et al., 2013; Leavey, 2005; Veater, 2016; Ward, 2014; Yip, 2005). Les 10 extraits (présentés à l'Annexe J) ont par la suite été consultés afin de faire émerger les référents empiriques suivants : réévaluation de ses priorités et établissement de buts ajustés et réalisables. Dans le cas du présent référent empirique, aucun outil permettant de le mesurer n'a été repéré.

1.8.3.7 Mesure du développement de forces et d'habiletés

Les référents empiriques permettant de statuer sur le développement des forces et des habiletés de l'adolescent en processus de rétablissement d'un TSM ont été repérés parmi 17 extraits issus de 10 études (Bonnett, 2016; Friesen, 2007; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014, John et al., 2015; Knutson et al., 2013; Lanyado, 2010; Leavey, 2005; Veater, 2016; Yip, 2005). Les 17 extraits ont ensuite été consultés afin de faire émerger des thèmes communs suivants qui sont identifiés comme les référents empiriques (présentés à l'Annexe K) : développement de ses forces ou de nouvelles forces, gain ou augmentation de la résilience, utilisation de ses habiletés et/ou de ses talents.

La mesure du présent référent pourrait être réalisée à partir de l'outil développé par Esptein et Sharma (1998) le « behavioral and emotional rating scale » qui permet d'apprécier les forces et compétences de l'adolescent (11 à 18 ans) selon cinq dimensions soient la capacité à être en relation, la capacité de s'exprimer (émotions, problèmes) et de demander de l'aide, l'engagement dans la famille, le fonctionnement à l'école ainsi que la perception de leurs habiletés.

1.8.3.8 Mesure du développement des stratégies d'adaptation

Les référents empiriques permettant de mesurer le développement des stratégies d'adaptation ont été identifiés dans 42 extraits appartenant à 15 études (Bonnett, 2016; Henriksen, 2014; Hense et al., 2014; Hess et al., 2014, Higham et Martynchyk, 2016; John et al., 2015; King et McChargue, 2014; Knutson et al., 2013; Lal, 2010; Lanyado, 2010; Leavey, 2005; Legerski et King, 2015; Veater, 2016; Ward, 2014; Yip, 2005). Les 42 extraits (présentés à l'Annexe L) ont été ensuite consultés afin de faire émerger les référents empiriques associés au développement des

stratégies d'adaptation suivantes : reconnaissance (auto-observation), gestion des symptômes reliés au TSM, participation à des activités, communication de son vécu, création et entretien de son réseau social. Toutefois, aucun outil permettant de mesurer ces référents empiriques n'a été repéré à partir des études recensées dans le cadre de ce mémoire.

1.8.3.9 Mesure de la présence d'un processus de changement

Les référents empiriques permettant de mesurer la présence d'un processus de changement ont été identifiés dans 16 extraits appartenant à 7 études (Bonnett, 2016; Henriksen, 2014; Higham et Martynchyk, 2016; John et al., 2015; Knightsmith, 2017; Mosier et al., 2001; Veater, 2016). Les 16 extraits (présentés à l'Annexe M) ont par la suite été consultés afin de faire émerger les référents empiriques suivants : la progression de l'adolescent dans le temps, le changement concernant le sentiment d'espoir, le changement concernant la gestion et l'impact des symptômes, le changement concernant la compréhension du rétablissement.

Dans le cas de ces référents empiriques associés à la mesure du processus de changement, aucun outil permettant de les mesurer n'a été identifié. Toutefois, puisque cette mesure concerne un changement dans le temps, il est possible de penser que la passation d'un questionnaire tel que le « ReQuest YP » (John et al., 2015) à différents moments d'un suivi avec un adolescent pourrait permettre d'identifier ces changements.

Tableau 4. Instruments de mesure ayant été utilisés à l'intérieur des études recensées afin de mesurer le rétablissement

#	Auteurs	Titre et méthode d'évaluation	Population cible	Dimensions (nombre items)	Indicateurs
		Perspective axée sur le résultat			
1.	Burlingame et al., 1995	Youth outcome questionnaire - mesures rapportées par le parent	4 à 17 ans	Perturbation intrapersonnelle Somatique Perturbation interpersonnelle Énoncés critiques Problèmes sociaux Comportement dysfonctionnel	Échelle de Likert allant de 1 (jamais ou presque jamais) à 4 (toujours ou presque toujours)
2.	Chambers et al., 1985	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (Kiddie K-SADS-P) Entrevue semi-structurée individuelle avec le parent et l'enfant.	6 à 18 ans	Présence et sévérité des symptômes des TSM (Troubles de l'humeur, troubles psychotique, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles de comportements)	(n.d) En fonction du TSM que l'adolescent présente
3.	Goldberg et Williams, 1998	The 12-item general health questionnaire (12-GHQ)	n.d.	Bien-être mental (12 items)	Échelle bimodale (0-0-1-1) Score de 3 et + = négligence psychiatrique Et Échelle Likert (0-1-2-3) Score élevé= niveau élevé de détresse et bien-être général faible
4.	Ogles et al. 2004	Ohio Youth functioning and problem severity scales: The problem severity scales, parent form	5 à 18 ans	Sévérité des problèmes	Échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 5 (toujours) (sévérité des symptômes dans les 30 derniers jours)
5.	Ogles et al., 2004	Ohio Youth functioning and problem severity scales: The functioning scale	5 à 18 ans	Fonctionnement	Échelle de Likert allant de 0 (graves difficultés) à 5 (va très bien)

#	Auteurs	Titre et méthode d'évaluation	Population cible	Dimensions (nombre items)	Indicateurs
Perspective axée sur le processus					
6.	Epstein et Sharma, 1998	The behavioral and emotional rating scale	11 à 18 ans	Capacité à être en relation Capacité d'exprimer ses émotions négatives, ses problèmes et accepter de l'aide Engagement avec sa famille Fonctionner à l'école Perception de ses habiletés	Échelle de Likert allant de 1 (fortement en accord) à 4 (fortement en désaccord) Score élevé = bonne estime de soi
7.	John et al., 2015	Recovery questionnaire – Parent (ReQuest-P)	10 à 18 ans (anxiété et dépression)	Compréhension Sentiment d'efficacité	Échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (complètement)
8.	John et al., 2015	Recovery questionnaire- parent report of young person (ReQuest-PYP)	10 à 18 ans (anxiété dépression)	Espoir Trouver du sens Développement de l'empowerment Identité – estime	Échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (complètement)
9.	John et al., 2015	Recovery questionnaire for young people (ReQuest-YP)	10 à 18 ans (anxiété, dépression)	Espoir Trouver du sens Développement de l'empowerment Identité – estime	Échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (complètement)
10.	Rosenberg, 1965	Rosenberg self-esteem scale	Enfant et adolescent d'âge scolaire	Estime de soi globale	Échelle de Likert allant de 0 (fortement en désaccord) à 3 (fortement en accord)

QUATRIÈME CHAPITRE. DISCUSSION

Le présent chapitre discutera tout d'abord des différents résultats ayant émergé de l'analyse de concept en fonction des deux objectifs de recherche : 1) dégager une définition opérationnelle et holistique du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM, 2) explorer les résultats de la présente analyse de concept à la lumière du modèle de CHIME, soit en les comparant aux composantes de ce dernier afin d'en faire ressortir les similarités et les différences. Par la suite, les limites et les forces de ce mémoire seront mises en valeur. Pour conclure, des recommandations seront faites pour la pratique et la recherche sur la base des résultats obtenus.

Avant de poursuivre vers les objectifs du mémoire, il est important de mettre en évidence que c'est le choix effectué à l'étape de l'établissement des différents usages (section 1.4.7) qui a permis de considérer le concept de rétablissement dans sa définition holistique et non pas seulement selon sa définition axée sur un résultat ou sur un processus. Cette considération du concept de rétablissement est innovante dans la recherche actuelle et permet une nouvelle compréhension de ce dernier. Notamment, la définition du concept découlant de ce choix a permis de mettre en valeur que la réduction des symptômes et l'amélioration du fonctionnement ne sont plus considérées comme un état à atteindre ou une finalité, mais bien comme des éléments pouvant se produire tout au long du parcours sinueux de rétablissement chez l'adolescent. Par ailleurs, ce choix a eu un impact sur l'interprétation des données dans le cadre de ce mémoire et a permis l'inclusion d'éléments centraux au concept qui ne sont pas présents dans le modèle CHIME. Sur le plan de la pratique, les résultats découlant de l'analyse de concept ont permis d'identifier que les deux perspectives de rétablissement (axée sur le résultat et axée sur le processus) ont des

fonctions bien différentes. D'une part la première perspective (axée sur le résultat) serait davantage utilisée afin de statuer sur la continuité des services, sur les critères d'arrêt des services et de diviser les tâches cliniques facilement. D'autre part, la deuxième perspective (axée sur le processus) servirait davantage à guider l'intervention à partir d'une compréhension du concept qui repose sur la perspective des adolescents. Lorsque ces deux perspectives sont utilisées dans un même établissement, une confusion pourrait être vécue au sein des services. Par exemple, si l'on propose qu'un arrêt de service se base sur la réduction significative des symptômes chez l'adolescent, mais que du côté de l'intervention des objectifs tels que le développement de compétences et l'augmentation d'activités extrascolaires sont ciblés avec l'adolescent afin de l'accompagner dans son processus, la direction réelle des services ne semblera plus claire. De ce fait, la définition holistique de rétablissement dégagée dans ce mémoire pourrait amener davantage de clarté et de cohérence dans les établissements de services et de soins de santé lorsqu'il est question de déterminer les critères de la continuité des services en santé mentale et de cibler des objectifs d'intervention chez un adolescent vivant avec un TSM.

1. OBJECTIFS

1.1 Dégagement d'une définition opérationnelle et holistique du rétablissement chez les adolescents

Dans le cadre de cet objectif, l'ensemble des étapes de l'analyse de concept ont permis de brosser un portrait exhaustif du concept de rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM, et ce, à partir de la recension des écrits réalisée. Néanmoins, ce sont plus particulièrement

les étapes de la détermination des attributs (étape 4) et l'identification des référents empiriques (étape 8) qui ont permis de dégager une définition opérationnelle du concept.

Bien qu'une définition ait été proposée en synthèse de l'étape de la détermination des usages (étape 3), celle-ci ne répondait pas encore à l'objectif d'une définition opérationnelle et holistique, mais permettait de mettre la table sur les attributs autour desquels elle devait s'articuler. Puisqu'une définition opérationnelle doit présenter des éléments de concept qui sont mesurables, c'est grâce à l'ajout de l'analyse des référents empiriques que celle-ci sera possible. Par conséquent, les résultats du présent mémoire suggèrent une définition du rétablissement chez les adolescents vivant avec un TSM qui s'établit selon les attributs suivants : 1) l'espoir, 2) l'empowerment, 3) la présence d'un réseau de soutien positif, 4) l'identité, 5) le sens donné à son expérience, 6) l'ajustement des buts, 7) le développement de forces et habiletés, 8) le développement de stratégies d'adaptation ainsi que 9) l'inscription dans un processus de changement. Par la suite, afin d'atteindre le critère d'une définition dont les éléments sont mesurables, le présent mémoire propose d'utiliser les référents empiriques ayant été repérés à l'étape 8 (voir la section 1.8.3 pour tous les référents empiriques) pour mesurer la présence de ces éléments. L'étape associée aux référents empiriques aura réussi à identifier des indicateurs qui permettent de juger de la présence de chacun des éléments (attributs) au cœur de la définition (voir la colonne droite de l'Annexe O). Toutefois, peu d'outils permettant de mesurer le construit ou la présence de chacun des attributs ont été repérés à l'intérieur des études. D'ailleurs, pour certains attributs tels que l'ajustement des buts, le développement de stratégies d'adaptation et le processus de changement, aucun outil de mesure n'a été identifié.

La plupart des résultats entourant la définition dégagée dans ce mémoire sont cohérents avec la perspective axée sur le processus (rétablissement personnel) ayant été présentée au début du chapitre 2 soulignant que le rétablissement serait un processus personnel faisant partie d'une démarche unique de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, de buts, d'habiletés et/ou de rôles, où la personne tenterait de vivre une vie satisfaisante, utile, avec espoir, et ce, malgré les obstacles associés au TSM (Anthony, 1993, p. 527). Dans cette définition, il est possible de suggérer que la démarche unique de changement se rapporte à l'attribut du « processus de changement », que le changement d'attitude et de valeurs fasse référence à « l'identité » de la personne, que le changement de buts fait front commun avec l'attribut « ajustement des buts », que la tentative de vivre une vie satisfaisante, utile, pourrait concorder avec l'attribut du « sens donné à son expérience », que l'espoir se rapporte au même attribut du même nom et que le fait d'avancer malgré les obstacles souligne le fait de devoir « développer des stratégies d'adaptation » afin d'y arriver. Par conséquent, la définition opérationnelle et holistique dégagée dans le présent mémoire reprend sensiblement plusieurs éléments de la définition du concept de rétablissement d'un TSM de Anthony (1993). Bien que « l'empowerment » ne semble pas faire partie de la définition dégagée par ce dernier, il est possible de faire le lien dans ce cas avec la définition provenant de Deegan (1988) qui souligne des éléments de définition du rétablissement autour de la volonté et la responsabilité de ses actions.

L'un des attributs de la définition opérationnelle dégagée dans ce mémoire, « la présence d'un réseau de soutien », ne semble toutefois pas ressortir dans les définitions initiales du rétablissement personnel. Cette distinction pourrait s'expliquer en fonction de l'approche centrée sur la personne qui était mise de l'avant à l'origine pour définir le rétablissement, alors que la

perspective écologique (Bronfenbrenner, 1989) a teinté l'organisation des résultats dans le cadre de ce mémoire (Leamy et al. 2011, p. 450). De plus, la population cible de ce mémoire, soit les adolescents, peut aussi expliquer cette différence, puisque ce dernier se retrouverait dans une période développementale où les rétroactions avec son environnement (parents, amis) sont particulièrement importantes afin de développer son identité (Leavey, 2005, p. 110).

1.2 Exploration des résultats à la lumière du modèle de CHIME (Leamy et al., 2011)

Pour ce qui est du deuxième objectif du mémoire, l'exploration des résultats de la présente analyse de concept se fera à la lumière du modèle CHIME (Leamy et al., 2011). Ce sont principalement les résultats découlant de l'étape de la détermination des attributs (étape 4), de l'identification des conséquents (étape 7) et de l'identification des référents empiriques (étape 8) qui seront utilisés afin d'alimenter la discussion entourant cet objectif.

1.2.1 Application du modèle CHIME à la population adolescente

Tout d'abord, lorsqu'on compare les composantes du modèle CHIME (les relations sociales, l'espoir et l'optimisme face au futur, l'identité, le sens à la vie et l'empowerment) aux attributs découlant de la définition opérationnelle du présent mémoire (voir Annexe N), chacune des composantes du modèle CHIME trouve sa semblable parmi les attributs. Des distinctions se retrouvent dans le choix de la terminologie utilisée, mais le rapprochement se fait tout de même facilement. De ce fait, il serait possible de suggérer par ces similitudes que le modèle CHIME soit applicable à la population des adolescents de manière générale.

Toutefois, lorsque les descriptions plus fines de la mesure des composantes du modèle CHIME et de la mesure des attributs du concept dans ce mémoire sont comparées (voir Annexe O), certaines spécificités au concept de rétablissement chez l'adolescent peuvent être dégagées. D'une part, l'analyse de concept a révélé des distinctions au cœur des attributs « réseau de soutien positif », « identité », « empowerment » et du « sens donné à son expérience ». D'autres part, l'analyse de concept a révélé deux attributs qui semblent rejoindre deux composantes du modèle CHIME et qui ajoutent des spécificités concernant la compréhension et l'opérationnalisation du concept. Ces attributs sont « l'ajustement des buts » qui s'insère dans la classification de la composante « sens à la vie » du modèle CHIME et « le développement de forces et habiletés » qui s'insère dans la composante « empowerment » du modèle CHIME.

Enfin, deux attributs se sont distingués complètement de la classification du modèle CHIME, soit le « développement de stratégies d'adaptation » et le « processus de changement ». De façon générale, il est possible d'expliquer ces distinctions par les besoins développementaux qui sont présents à l'adolescence, par les aspects méthodologiques du présent mémoire et par le choix qui a été fait d'inclure les deux perspectives (axée sur le résultat et axée sur le processus) dans une même définition du concept de rétablissement. Ces dernières seront discutées plus en détail dans les lignes suivantes. Somme toute, bien que l'ensemble des composantes du modèle CHIME se retrouvent dans les attributs de la définition opérationnelle dégagée, des nuances dans l'application de ce modèle doivent être apportées afin de convenir à la population adolescente.

1.2.1.1 Distinctions dans l'application de la composante des « relations »

Tout d'abord, lorsque la composante des « relations » provenant du modèle CHIME est mise en comparaison avec les mesures de l'attribut « présence d'un réseau de soutien positif », des caractéristiques telles que le sentiment d'être bien dans son réseau, ce qui inclut le sentiment de confiance et de sécurité, semblent plus importantes lorsqu'il est question de rétablissement d'un TSM chez les adolescents (voir Annexe O). En effet, le sentiment de confiance et de sécurité envers son réseau ne sont pas des caractéristiques mentionnées dans la définition de la composante des « relations » dans le modèle CHIME. Cette distinction pourrait s'expliquer à partir de la période développementale où l'adolescent se retrouve. Lors de cette période, les adolescents seraient plus sensibles émotionnellement et prêteraient davantage d'importance à leurs sentiments (Casey et Jones, 2010). De ce fait, la façon dont l'adolescent se sent dans son réseau serait un élément essentiel à prendre en considération dans l'intervention afin de guider l'adolescent vivant avec un TSM dans son processus de rétablissement.

1.2.1.2 Distinctions dans l'application de la composante de « l'identité »

Par la suite, la caractéristique de « l'amélioration de l'estime de soi », présente dans l'attribut de « l'identité » ne serait pas présente dans la composante de « l'identité » du modèle CHIME (voir Annexe O). Puisque l'adolescent bâtit son identité à partir des rétroactions avec son environnement et l'image qu'il lui reflète, l'amélioration de l'estime de soi dans cette période pourrait prendre plus de place dans le développement qu'à l'âge adulte (Bronfenbrenner, 1979; Duclos, Laporte et Ross, 2002). Par ailleurs, il ne serait pas question de « reconstruction d'une identité positive » chez les adolescents, mais bien d'une « définition de soi ou redéfinition de soi » saine ou positive puisque ce dernier se retrouve dans une période développementale où il est déjà

en train de construire son identité (Lannegrand-Willems, 2012). En somme, le développement de l'identité positive chez l'adolescent n'aurait pas la même signification lorsqu'il est considéré dans le processus de rétablissement puisqu'il aurait un impact considérable sur sa trajectoire développementale vers l'âge adulte (Lannegrand-Willems, 2012). Il apparaît donc nécessaire de considérer la façon dont l'adolescent se perçoit, la valeur qu'il se donne et de l'accompagner dans le développement de son estime, sa définition de soi en cohérence avec son processus de rétablissement afin qu'il puisse développer une identité positive (Bonnett, 2016; Campbell et Peebles, 2014, Hess et al., 2014; John et al., 2015; Leavey, 2005; Veater, 2016).

1.2.1.3 Distinctions dans l'application de la composante de « l'empowerment »

Par la suite, une distinction qui se retrouve uniquement dans la mesure de l'empowerment chez les adolescents concerne le « sentiment de contrôle sur sa vie ou son TSM ». Par conséquent, l'importance que donne l'adolescent à ses sentiments serait réitérée dans cet attribut. Il ne serait pas uniquement question pour l'intervenant de prendre en note les actions, les décisions et les responsabilités que l'adolescent prend au courant de son processus de rétablissement, mais aussi de mesurer le sentiment de contrôle qu'il ressent.

Par ailleurs, la composante de « l'empowerment » provenant du modèle CHIME inclut une caractéristique concernant la concentration sur les forces, alors que dans les attributs de ce mémoire, cette caractéristique est considérée comme un attribut à part entière, celui du « développement de forces et habiletés » (voir Annexe O). À cet effet, il est possible d'expliquer cette distinction par l'utilisation de la méthode de l'analyse thématique dans le cadre de l'étude de Leamy et al. (2011) et du présent mémoire. Dans le cadre de l'analyse thématique des attributs

dans ce mémoire, la récurrence assez importante de la caractéristique du « développement des forces et habiletés » a permis de la considérer comme un attribut à part entière. Par la même occasion, cette classification permet de mieux saisir des indicateurs pouvant guider l'intervention, soit le gain ou l'augmentation de la résilience, le développement de forces ou de nouvelles forces et l'utilisation des habiletés et talents.

1.2.1.4 Distinctions dans l'application de la composante « sens à la vie »

Afin de poursuivre, la composante du « sens à la vie » du modèle CHIME présente des différences assez flagrantes lorsque ses caractéristiques sont comparées aux résultats du présent mémoire. Ces différences ne s'expliquent pas nécessairement par la différence de population, mais bien pas la différence de méthodologie utilisée. En effet, en raison de l'utilisation de la méthodologie de l'analyse de concept dans le présent mémoire, les caractéristiques telles que la qualité de vie et le bien-être ont été classées dans les conséquents puisqu'elles découlaient de la présence du concept (voir Annexe N), alors que dans le cas de la recension de Leamy et al. (2011), la qualité de vie faisait partie de la composante du « sens à la vie » (voir Annexe O). Par conséquent, la définition opérationnelle découlant du présent mémoire n'inclut pas la qualité de vie (bien-être émotionnel, psychologique, social) dans ses caractéristiques fondamentales, mais l'interprète comme un résultat dû à la présence du rétablissement chez un adolescent vivant avec un TSM. Cette organisation propre à l'analyse de concept amène une nuance pertinente concernant la compréhension holistique du concept puisqu'elle permet d'identifier des distinctions claires entre les caractéristiques qui en font partie intégrante, celles qui sont nécessaires à son apparition et celles qui résultent de sa présence. Par ailleurs, sur le plan de la pratique cette distinction pourrait impliquer que les objectifs d'intervention ne soient plus centrés sur l'amélioration du bien-être ou

de la qualité de vie, mais davantage sur la compréhension que l'adolescent a de son TSM (voir Annexe O).

Une autre différence peut aussi être identifiée dans la composante du « sens à la vie » lorsqu'elle est comparée aux attributs du concept du présent mémoire. Cette différence se retrouve dans la classification distincte qui a été faite quant à « l'ajustement des buts » dans les attributs du concept. Ce dernier attribut n'ayant pas été classé sous le « sens donné à son expérience », mais bien comme un attribut à part entière, puisque la fréquence des extraits associée à « l'ajustement des buts » était assez grande pour le considérer comme un attribut. Dans le cadre de ce mémoire, l'attribut de « l'ajustement des buts » apporte des indicateurs permettant de mieux l'opérationnaliser, soit en identifiant que l'adolescent doit réévaluer ses priorités et d'établir des buts réalisables et qui lui sont ajustés (voir Annexe O). Ces indicateurs sont d'ailleurs très pertinents afin de guider l'intervention.

1.2.1.5 Attributs se distinguant des composantes du modèle CHIME

Enfin, deux des attributs ayant été identifiés dans le cadre de ce mémoire se distinguaient complètement des composantes principales du modèle CHIME : « le développement de stratégies d'adaptation » et le « processus de changement » (voir Annexe O).

En ce qui concerne l'attribut du « développement de stratégies d'adaptation », cette distinction peut s'expliquer par le choix qui a été fait à l'étape de l'établissement des différents usages (section 1.4.7) d'inclure les éléments de définition du rétablissement faisant partie de la perspective axée sur le processus et sur le résultat, alors que le modèle CHIME découle d'une définition de rétablissement personnel, donc axée uniquement sur le processus. Par conséquent, il

est cohérent de voir ressortir des caractéristiques concernant le développement de stratégies cognitives, psychologiques et sociales dans les attributs de la définition opérationnelle et holistique du rétablissement dégagée dans ce mémoire. De plus, ces spécificités amènent notamment des pistes permettant de guider l'accompagnement de l'adolescent dans son processus.

En ce qui concerne l'attribut du « processus », cette distinction peut s'expliquer par l'analyse thématique qui a mené cette caractéristique à être considéré comme un attribut puisqu'elle présentait une grande récurrence d'extraits. Cet attribut permet de mettre en évidence que chacun des attributs du concept ne sont pas des finalités en soi, mais bien des caractéristiques sur lesquelles l'adolescent progresse et à travers lesquelles il vit des changements qui ne sont pas nécessairement linéaires. Cet attribut semble être lié de façon très proximale aux huit autres puisque sa présence s'observe par les changements qui s'opèrent dans ceux-ci. Par ailleurs, cet attribut pourrait être utilisé dans l'intervention afin de rassurer l'adolescent quant à son rétablissement et l'encourager à le voir davantage comme un processus unique de changement, pas nécessairement linéaire où il a droit à l'erreur.

2. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Plusieurs défis ont été rencontrés lors de ce mémoire, et certaines limites doivent être indiquées afin que les résultats de cette analyse de concept soient interprétés avec prudence et justesse. Tout d'abord, l'analyse de concept, sans égard à la méthode sélectionnée selon les différents auteurs, se veut exhaustive au regard de la littérature scientifique existante, mais aussi en ce a trait à la littérature grise disponible, les avis d'experts dans le domaine et d'autres sources pouvant provenir de différents médiums (site internet, site gouvernemental, dictionnaires, etc.).

Or, dans la présente analyse de concept, la couverture de la littérature grise et plus générale n'a pas été consultée. Ces informations supplémentaires auraient notamment pu permettre de compléter certains thèmes dont le nombre d'extraits était plus restreint, comme d'explorer la présence de distinction dans la définition du concept lorsqu'il est utilisé dans un contexte de recherche par rapport à un contexte pratique. D'autant plus, elles auraient pu permettre des réflexions différentes sur le regroupement et les liens qui se retrouvent entre les différents attributs ou entre les antécédents, attributs et conséquents. De ce fait, la triangulation des sources aurait pu augmenter la crédibilité des résultats obtenus. D'ailleurs, toujours en lien avec la sélection des données, cet ajout provenant de la documentation générale aurait permis d'avoir davantage de données brutes et de retirer complètement les études incluant des adultes, puisqu'en raison du petit bassin de documents ciblant uniquement les jeunes, certaines études incluant de jeunes adultes ont été sélectionnées (voir critères d'inclusion de la recension au troisième chapitre section 1.4.2). Cet ajout de données aurait permis de renforcer la transférabilité des résultats à une population uniquement adolescente. De ce fait, les définitions se doivent d'être interprétées avec prudence puisqu'elles peuvent manquer de spécificité concernant les adolescents puisque certaines d'entre elles (p.ex. Anthony, 1993; Deegan, 1988) offrent des définitions générales qui s'appliquent à "toutes" les tranches d'âges, dont les adolescents. Par ailleurs, il aurait été intéressant et pertinent pour confronter les regroupements d'attributs, de construire les différents cas associés à cette méthode et de les faire présenter à un psychoéducateur travaillant auprès de cette clientèle afin de les valider. Cette méthode aurait permis d'augmenter la confirmabilité des résultats.

Tout d'abord, l'une des forces significatives de ce mémoire est rendue compte par le choix de la méthodologie de recherche qui se démarque par sa structure rigoureuse et systématique

permettant de bien couvrir un concept encore peu abordé ou opérationnalisé dans les écrits. Afin de poursuivre, la finalité de chaque étape de l'analyse a été possible grâce à la présence des autres, et ce, en raison du processus itératif, de la comparaison constante et de la consultation des données brutes antérieures qui a été poursuivie tout au long des étapes afin d'assurer la fiabilité des résultats entre les regroupements de catégories (définition, usage, attributs, antécédents, conséquents, référents empiriques) et éviter des oublis de codification. Par la suite, les forces de cette étude se retrouvent dans la transparence de la démarche et l'exposition des données brutes, ce qui atteste de la fiabilité de la démarche et favorise la confirmabilité des résultats par un autre chercheur. Par ailleurs, afin d'appuyer la transférabilité et la confirmabilité, la démarche associée a été rédigée avec clarté de sorte que le lecteur puisse saisir les regroupements qui avaient été formés et les réflexions qui avaient eu lieu. Finalement, la vérification externe de la codification a été réalisée avec la Pre Anne-Marie Tougas à des moments décisifs pour orienter la prise de décision dans la suite des analyses ainsi que la présentation des résultats.

3. IMPLICATIONS

3.1 Orientées vers la pratique

Les résultats de la présente analyse de concept permettent d'offrir une compréhension plus complète du rétablissement chez la clientèle adolescente et de suggérer différentes approches afin de les soutenir pour enclencher le processus de rétablissement ou le maintenir. De ce fait, plusieurs extraits reliés à l'espoir ont permis de mettre en valeur que le sentiment d'espoir peut naître de différentes façons chez l'adolescent. Selon certains auteurs, c'est le fait de voir un pair passer par le processus de rétablissement et le voir se rétablir complètement qui lui donnera espoir que c'est

aussi possible pour lui (Hendersen et Cock, 2014, p. 495). Pour d'autres, l'espoir prend place lorsque leurs symptômes sont moins envahissants, et ce, grâce à la médication (Romano et al. 2010). Pour d'autres encore, c'est grâce aux professionnels impliqués dans leur suivi qui croient en leur capacité de se rétablir : « These relationships appeared to foster a sense of hope; "They really believe you can do it" (Emily, 295) » [Ces relations semblaient favoriser un sentiment d'espoir; "Ils croient réellement que tu peux le faire" (Emily, 295)] (Veater, 2006). Dans tous les cas, c'est la croyance que le rétablissement est possible qui semble inspirer l'espoir chez l'adolescent. Par conséquent, cela pourrait impliquer dans la pratique que l'intervenant communique à l'adolescent que cette avenue est possible et peut-être même le mettre en contact avec une personne qui s'est rétablie afin de lui montrer concrètement comment cela se concrétise.

Dans la même lignée, la compréhension qui émerge de cette analyse de concept par étape met en valeur des indicateurs importants du rétablissement ainsi que les caractéristiques nécessaires à son apparition (antécédents) et ses résultantes (conséquents) permettant aux intervenants d'identifier des moments clés pour intervenir auprès d'un jeune ayant un TSM notamment lors de la période de crise précédant le concept et suivant le diagnostic. Par exemple, la période de crise, qui précède le processus de rétablissement, pourrait constituer une opportunité chez l'intervenant pour soutenir l'adolescent et sa famille dans la compréhension de leurs difficultés et ainsi faciliter l'enclenchement du processus de rétablissement chez l'adolescent (Jackson et Lurie, 2006).

Par ailleurs, les extraits concernant la présence d'un réseau de soutien de qualité mettent bien en évidence que cet attribut semble être particulièrement imbriqué dans le rétablissement de

l'adolescent en raison de la période charnière dans laquelle il se retrouve dans son développement où l'acceptation de ses pairs est très importante dans le développement de leur identité. Ainsi, le fait de trouver un groupe d'amis ou de pairs aidants serait un enjeu déterminant de leur développement et de leur processus de rétablissement : « Peer relationships during adolescence incorporate individuals, groups, same-sex and opposite-sex relationships and can be constructive or destructive for the developmental journey » [Les relations avec les pairs durant l'adolescence incluent des individus, des groupes, des relations avec le même sexe et le sexe opposé et peuvent être autant constructives que destructrices dans leur trajectoire développementale] (Smetana et al. 2006). Par conséquent, cet attribut pourrait permettre d'alimenter des objectifs d'intervention qui sont dirigés vers la recherche d'un réseau de soutien, d'amis permettant à l'adolescent de se sentir compris et accepté.

3.2 Orientées vers la recherche

L'analyse des définitions et des usages extraits a permis de clarifier de quelle façon le concept est défini et utilisé à l'intérieur de différents contextes. Ces distinctions ont mis en valeur que l'interprétation et l'utilisation de ce concept peuvent être influencées par le milieu de provenance de la personne qui utilise le concept (Lal, 2010). C'est-à-dire que les différents professionnels en relation d'aide peuvent avoir une interprétation différente du rétablissement étant donné leur formation générale distincte. À ce propos, les divergences concernant l'utilisation du concept dans un milieu pratique pourraient être expliquées par les actes réservés qui diffèrent d'une profession à l'autre. Chaque professionnel étant responsable d'agir selon une perspective d'intervention qui est propre à sa profession, il est possible de croire que leur compréhension du

concept soit adaptée à celle-ci. Par ailleurs, bien que plusieurs actes réservés soient différents d'une profession à l'autre il y a certains actes qui sont partagés parmi les professions. Par conséquent, le partage d'une définition commune du rétablissement lors de rencontres multidisciplinaires pourrait favoriser un terrain commun de compréhension concernant l'utilisation du concept et l'intervention auprès de l'adolescent. Par ailleurs, il serait pertinent que davantage d'études qualitatives s'intéressent à la définition et à l'application du rétablissement en ce qui concerne la population adolescente afin d'augmenter les connaissances à ce sujet qui sont encore minimes et récentes. D'autres études pourraient par exemple examiner les caractéristiques spécifiques au développement de l'identité pendant le rétablissement afin de mieux comprendre son impact dans le processus. De surcroît, il est à souhaiter que d'autres recherches puissent utiliser ces données pour construire un instrument de mesure adapté aux dimensions du rétablissement chez les adolescents afin d'offrir un cadre standardisé et fiable quant à la mesure de ce concept. Notamment, il serait pertinent de s'intéresser à la construction d'instruments permettant de mesurer la présence d'un réseau de soutien de qualité, l'ajustement des buts, le développement de stratégies d'adaptation et la présence d'un processus de changement, et ce chez la population adolescente puisqu'aucun outil adapté à cette clientèle n'a été identifié dans la recension associée à cette analyse de concept. Il pourrait aussi être intéressant de développer un instrument de mesure regroupant chacun des attributs du concept dégagés afin de mesurer à partir d'un même instrument le processus de rétablissement de l'adolescent.

CONCLUSION

Cette recherche prenant racine dans la programmation de la Pre Anne-Marie Tougas, a permis de proposer une définition opérationnelle du rétablissement chez l'adolescent vivant avec un TSM qui met l'accent sur l'espoir, l'empowerment, la présence d'un réseau de qualité, l'identité, le sens donné à son expérience, l'ajustement des buts, le développement de forces et habiletés, le développement de stratégies d'adaptation ainsi que l'inscription dans un processus de changement.

De plus, cette définition permet de mettre en évidence le contexte dans lequel le concept au cœur de cette programmation se retrouve avant d'apparaître, soit que l'adolescent doit passer par la pose d'un diagnostic, le vécu d'une période de crise et d'une période reliée à plusieurs pertes, dont celles de son identité et de son réseau social. L'analyse dégage d'ailleurs que l'acceptation de son diagnostic est l'étape qui serait la plus proximale de l'apparition du concept de rétablissement. Les caractéristiques fondamentales ainsi que l'ensemble des conséquences reliées au rétablissement ont permis de mettre en évidence qu'il s'agit d'un processus complexe et unique incluant un sentiment d'espoir pour le futur, un sentiment d'empowerment, la présence d'un réseau de soutien de qualité avec que l'adolescent se sente soutenu et en sécurité, le développement positif de leur identité, la création d'un sens à l'expérience qui est vécue, l'établissement de nouveaux buts et attentes, le développement de forces telles que la résilience et le développement de stratégies d'adaptation. Par la suite, l'analyse des référents empiriques a permis d'identifier des indicateurs pour chacun des attributs. Toutefois, l'identification des outils permettant de mesurer les attributs du concept a permis de mettre en évidence que des démarches supplémentaires sont

requis pour développer des instruments en ce qui concerne la mesure de l'ajustement des buts, le développement de stratégies et l'inscription dans un processus.

En toute cohérence avec les orientations du PASM 2015-2020 (Gouvernement du Québec, 2015), le concept de rétablissement d'une TSM mérite une place de choix au cœur des soins et services à offrir aux adolescents. Pour ce faire, il importe de promouvoir la formation des futurs intervenants et des intervenants actuels afin de favoriser leur appropriation de ce concept sous un angle qui se veut adapté à la réalité et aux besoins des adolescents. Par exemple, il pourrait être pertinent d'inclure dans les cours et formations axés sur la santé mentale du contenu concernant les caractéristiques principales qui composent le rétablissement chez les adolescents et sur l'intervention centrée sur la personne et ses forces plutôt que sur ses symptômes et difficultés associés au TSM. De surcroît, il serait important de sensibiliser les futurs intervenants et les intervenants aux différentes définitions de rétablissement qui existent et de quelles façons elles peuvent influencer l'intervention chez différents professionnels lorsqu'elles sont utilisées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les références précédées d'un astérisque identifient les études incluses dans la recension effectuée

Allison, D. B., Newcomer, J. W., Dunn, A. L., Blumenthal, J. A., Fabricatore, A. N., Daumit, G. L. et al. (2009). Obesity among those with mental disorders: A national institute of mental health meeting report. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 341-350.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th Edition (DSM-5). Washington, DC : Author.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovation and Research*, 2(3), 17-24.

Anthony, W. A. et Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia bulletin* 12(4), 542-559.

Anthony, W., Rogers, E. S. et Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.

Barber, M. E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatric Services*, 63(3), 277-279.

Casey, B. J. et Jones, R. M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain behavior: Implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1189-1201.

Clark, J. (2003). How to peer review a qualitative manuscript. Dans F. Godlee, T. Jefferson (dir.). *Peer review in health science* (2^e ed. p. 219-235). Londres : BMJ Books.

Bird, V., Leamy, M., Tew., J., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644-653.

*Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Lyengar, S. et Ulloa, R. E. (2000a). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 29-36.

*Birmaher, B., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Perel, J. M., Brent, D. A., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., Stull, S., Rao, U. et Ryan, N. D. (2000b). Growth hormone secretion in children and adolescents at high risk for major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 867-872.

- Brijnath, B. (2015). Applying the CHIME recovery framework in two culturally diverse Australian communities : Qualitative results. *Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 660-667.
- *Bonnett, V. M. (2016). *Recovery perspectives and narratives of hope of young people experiencing psychosis*. (Thèse de doctorat). Canterbury Christ Church University, Salomon. Repéré dans la base de données ProQuest Dissertations and Theses Global. (1865299803).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Burlingame, G. M., Wells, M. G. et Lambert, M. J. (1995). *Youth outcome questionnaire (YOQ)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- *Bruder, N., Gettings, S. et Grealish, A. (2017). Engagement and effective information provision to promote recovery from depression. *Nursing Children and Young People*, 29(2), 38–43.
- *Campbell, K. et Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art Review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Chambers, W.J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P.J., Tabrizi, M.A., ... Davies, M. (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by mistructured interview. *Archives of General Psychiatry* 42(7), 696-702.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (1995). Critical reflection on nursing theory. Dans L. C. Peggy et K. K. Maeona (dir.), *Theory and nursing: a systematic approach* (4e ed, p. 125-137). New York : Mosby.
- *Chung, T., Sealy, L., Abraham, M., Ruglovsky, C., Schall, J. et Maisto, S. A. (2015). Personal network characteristics of youth in substance use treatment : Motivation for and perceived difficulty of positive network change. *Substance Abuse*, 36(3), 380-388.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J. et Banerjee, S. (2013). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 522-529.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Duclos, G., Laporte, D. et Ross, J. (2002). *L'estime de soi des adolescents* (2 ed.). Montréal : Édition de l'Hôpital Sainte-Justine (ouvrage original publié en 1995).
- Effective Public Health Practice Project [EPHPP] (2009). *Quality assessment tool for quantitative studies*. Hamilton: Effective Public Health Practice Project.
- Epstein, M. H. et Sharma, J. (1998). *Behavioral and emotional rating scale : A strength-based approach to assessment*. Austin, Texas: PRO-ED.
- *First person recovery : A mother's love is indeed unconditional (2005). *Journal of Dual Diagnosis*, 2(1), 109-114.
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(9), 913-915.
- *Friesen, B. J. (2007). Recovery and resilience in children's mental health : Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 38-48.
- Goldberg, D. P. et Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor, UK: The National Foundation for Educational Research-Nelson.
- Goodman, R., Meltzer, H. et Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa : Gouvernement du Canada, Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.
- Gouvernement du Québec (2015). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Gouvernement du Québec (2015). *La mortalité par suicide au Québec : 1981-2012 – Mise à jour 2015*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gouvernement du Québec (2019). *Regard statistique sur la jeunesse. État et évolution de la situation des Québécois âgés de 15 à 29 ans, 1996 à 2018*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

- *Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., Emsley, R., Murrells, T. et Morrison, A. P. (2017). Does empowerment mediate the effects of psychological factors on mental health, well-being, and recovery in young people? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 314-335.
- Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale [GPS-SM]. (2014). *Cadre de référence : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale*. Québec, Canada : Les Copies de la Capitale.
- *Greco, V., Lambert, H. C. et Park, M. (2017). Being visible: PhotoVoice as assessment for children in a school-based psychiatric setting. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(3), 222-232.
- Guillemette, A. (2009). *Vivre avec un problème de santé mentale. Un aperçu de l'état de santé mentale de la population lanauoise*. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, p. 20.
- Hammond, L. L. et Debney, C. (2017). Recovery and dementia : Promoting choice and challenging controversy. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(5), 297-303.
- *Hardman, A., Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Ambrosini, P., Rabinovich, H. et Ryan, N. D. (1999). Prolactin secretion in depressed children. *Biological Psychiatry*, 46(4), 506-511.
- *Harvey, L. (2016). *Parent mental health, optimism, intolerance of uncertainty, and perceived child symptom severity as predictors of parents' future-oriented thinking*. (Thèse de doctorat). University of Surrey, Surrey. Repéré dans la base de données ProQuest Dissertations and Theses Global. (1885884517).
- Hatfield, A. B. et Lefley, H. P. (1993). *Surviving mental illness : Stress, coping and adaptation*. New York: Guilford Press.
- *Henriksen, A. K. (2014). Adolescents' reflections on successful outpatient treatment and how they may inform therapeutic decision making—A holistic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 284-297.
- *Hense, C. et McFerran, K. S. (2017). Promoting young people's musical identities to facilitate recovery from mental illness. *Journal of Youth Studies*, 20(8), 997-1012.

- *Hense, C., McFerran, K. S. et McGorry, P. (2014). Constructing a grounded theory of young people's recovery of musical identity in mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 594-603.
- *Hess, J. Z., Lacasse, J. R., Harmon, J., Williams, D. et Vierling-Claassen, N. (2014). "Is there a getting better from this, or not?" Examining the meaning and possibility of recovery from mental disorder. *Child and Youth Services*, 35(2), 116-136.
- *Higham, N., et Martynchyk, N. (2016). The power of relationships in bringing hope to patients in difficult times. Part 1/2. *British Journal of Healthcare Assistants*, 10(10), 497-501.
- *Jackson, B. et Lurie, S. (2006). Adolescent depression : challenges and opportunities : a review and current recommendations for clinical practice. *Advances in Pediatrics*, 53(1), 111-163.
- *Jainchill, N., Hawke, J. et Messina, M. (2005). Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Substance Use and Misuse*, 40(7), 975-996.
- *John, M., Jeffries, F. W., Acuna, R. M., Warren, F. et Simonds, L. M. (2015). Development of measures to assess personal recovery in young people treated in specialist mental health Services. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 513-524.
- *Kaminski, K. M. et Garber, J. (2002). Depressive spectrum disorders in high-risk adolescents : Episode duration and predictors of time to recovery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 410-418.
- *Kaplan, T. et Racussen, L. (2012). A crisis recovery model for adolescents with severe mental health problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 246-259.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. et Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders : A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B. et Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders I : Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032.
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E. et Tai, S. (2011). The development and validation of a general measure of well-being : the BBC well-being scale. *Quality of Life Research*, 20(7), 1035-1042.
- *King, S. et McChargue, D. (2014). Adolescent substance use treatment : the moderating effects of psychopathology on treatment outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 33(4), 366-375.

- *Klein, D. N., Lewinsohn, P. M. et Seeley, J. R. (1997). Psychosocial characteristics of adolescents with a past history of dysthymic disorder : Comparison with adolescents with past histories of major depressive and non-affective disorders, and never mentally ill controls. *Journal of Affective Disorders*, 42(2-3), 127-135.
- *Knightsmith, P. (2017). Mental health : Six steps to sustainable recovery. *British Journal of School Nursing*, 12(10), 502-504.
- *Knutson, M. B., Newberry, S. et Schaper, A. (2013). Recovery Education : a tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 874-881.
- *Kovacs, M., Gatsonis, C., Pollock, M., et Parrone, P. L. (1994). A controlled prospective study of DSM-III adjustment disorder in childhood. Short-term prognosis and long-term predictive validity. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 535-541.
- *Lal, S. (2010). Prescribing recovery as the new mantra for mental health : does one prescription serve all? *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'ergothérapie*, 77(2), 82-89.
- Lannegrand-Willems, L. (2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels? *Enfance*, 3(3), 313-327.
- *Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. et Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510.
- *Lanyado, M. (2010). Transformation through play : Living with the traumas of the past. Dans K. V. Mortensen et L. Grünbaum (Eds.), *Play and power*. (p. 1-20). London : Karnac Books.
- Lemay, R. (2006). Social role valorization insights into the social integration conundrum. *Mental Retardation*, 44(1), 1-12.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- *Leavey J.E. (2005). Youth experiences of living with mental health problems : emergence, loss, adaptation and recovery (ELAR). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(2), 109-126.

- *Legerski, J.-P. et King, A. (2015). From postimpact to reconstruction : Considerations when treating traumatized child and adolescent clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(4), 205-213.
- Lieberman, R. P. et Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia : A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742.
- Lloyd, C., Waghorn, G. et Williams, P. L. (2008). Conceptualising recovery in mental health rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), 321-328.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, V. et Patterson, T. L. (2009). A review of instruments for measuring functional recovery in those diagnosed with psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 307-318.
- McCann, T. V., Lubman, D. I. et Clark, E. (2012). The experience of young people with depression : A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 334-340.
- McIntyre, R. S. et Konarski, J. Z. (2005). Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl3), 28-36.
- Mental Health Commission of Canada (2013). *Making the case for investing in mental health in Canada*. Calgary : Mental health Commission of Canada.
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. et Target, M. (2015). Beyond a diagnosis : *The experience of depression among clinically-referred adolescents*. *Journal of Adolescence*, 44(n.d), 269-279.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N. et Armstrong, M. A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students : A randomized controlled trial. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 383-391.
- *Moberg, D. P. et Finch, A. (2007). Recovery high schools : A Descriptive study of school programs and students. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 2(2-4), 128-161.
- *More, A., Jackson, B., Dimmock, J. A., Thornton, A. L., Colthart, A. et Furzer, B. J. (2018). "It's like a counselling session ... but you don't need to say anything" : Exercise program outcomes for youth within a drug and alcohol treatment service. *Psychology of Sport and Exercise*, 39(1), 1-9.

- *Mosier, J., Burlingame, G. M., Wells, M. G., Ferre, R., Latkowski, M., Johansen, J., ... Walton, E. (2001). In-home family-centered psychiatric treatment for high-risk children and youth. *Children's Services : Social Policy, Research, and Practice*, 4(2), 51-68.
- *Mulvale, G. et Bartram, M. (2009). Recovery in the Canadian context : Feedback on the framework for mental health strategy development. *Canadian Journal of Community*, 28(2), 7-15.
- *Nehring, I., Kewitz, K., von Kries, R. et Thyen, U. (2014). Long-term effects of enteral feeding on growth and mental health in adolescents with anorexia nervosa--results of a retrospective German cohort study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(2), 171-177.
- Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W. et Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR) : A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1(2), 145-155.
- *Nilsson, K., Sundbom, E. et Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 386-394.
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C. et Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness : An intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318-326.
- Nvivo 8 (2011). Sur logiciel. Melbourne : QSR International.
- Nvivo 12 (2018). Sur logiciel. Melbourne : QSR International.
- Ogles, B. M., Dowell, K., Hatfield, D., Melendez, G. et Carlston, D. L. (2004). The Ohio Scales. Dans M. Maruish (dir.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (p. 275-304). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Onkel, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. et Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery : A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- *Oswald, D. P. (2006). Recovery and child mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 525-527.
- *Qouta, S. R., Palosaari, E., Diab, M. et Punamäki, R.-L. (2012). Intervention effectiveness among war-affected children : A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 288-298.

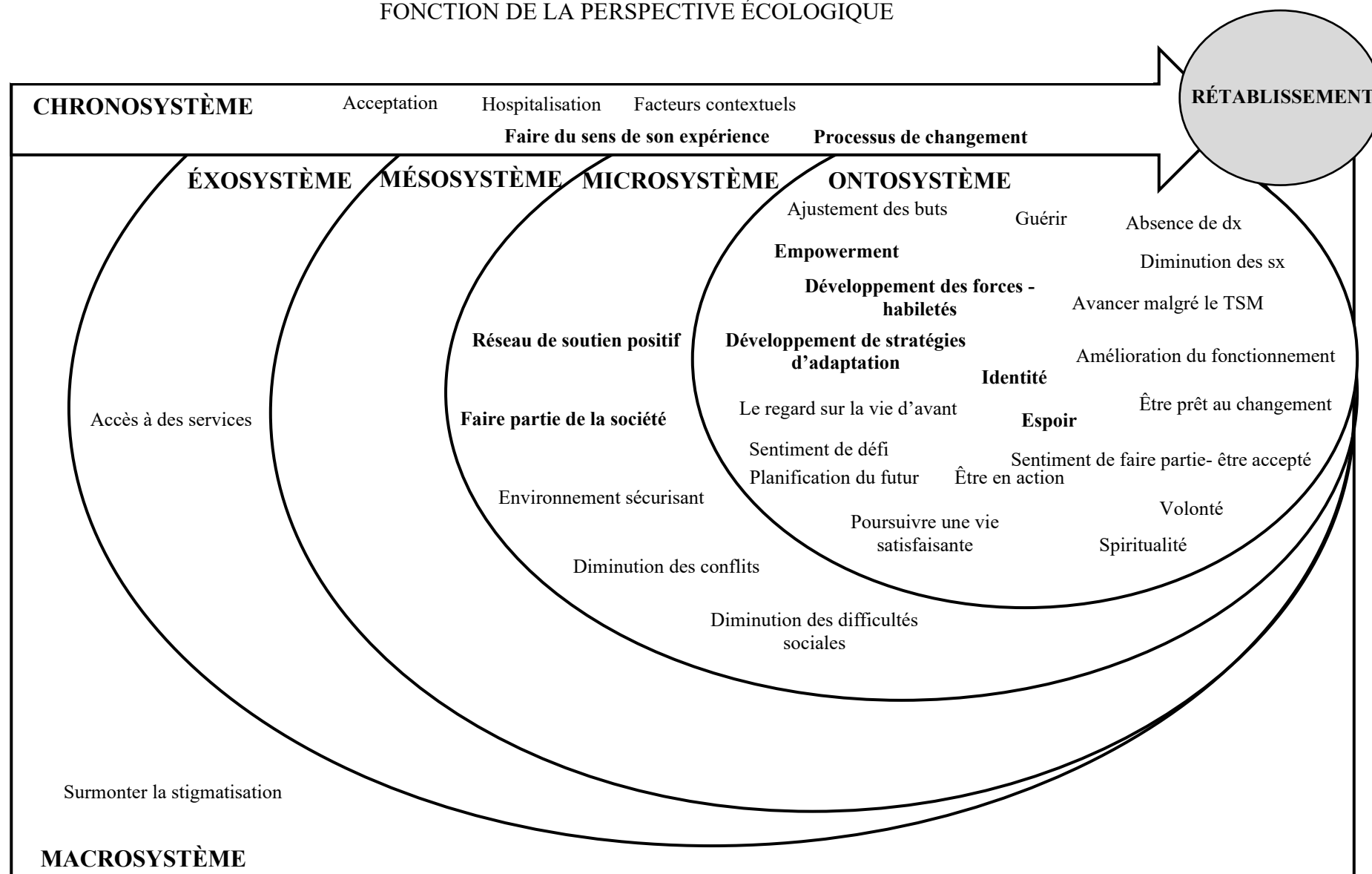
- Petros, R., Solomon, P., Linz, S., DeCesaris, M. et Hanrahan, N. P. (2015). Autovideography : The lived experience of recovery for adults with serious mental illness. *The Psychiatric Quarterly*, 87(3), 417-426.
- Piat, M, Seide, K. et Sabetti, J. (2017). Understanding everyday life and mental health recovery through CHIME. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(5), 271-279.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1992). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Roberts, G. et Boardman, J. (2013). Understanding ‘recovery’. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(6), 400-409.
- Roberts, G. et Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery : Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 10(1), 37-49.
- *Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. et Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 795-802.
- *Rohde, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K., Clarke, G. N. et Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 80-88.
- Roserberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey : Princeton University Press.
- *Schnell G. (2008). Monitoring the progress of young people’s occupational performance in an inpatient mental health setting. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 4-10.
- Sickel, A. E., Seacat, J. D. et Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update : A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215.
- *Silén, Y., Raevuori, A., Jüriloo, E., Tainio, V.-M., Marttunen, M. et Keski-Rahkonen, A. (2015). Typical versus atypical anorexia nervosa among adolescents : Clinical characteristics and implications for ICD-11. *European Eating Disorders Review : The Journal of The Eating Disorders Association*, 23(5), 345-351.
- Silverstein, S. M. et Bellack, A. A. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108-1124.

- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health* 18(5), 367-371.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery : systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(4), 353-364.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada : 2011 to 2041*. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.
- Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C. J. P., Eriksson, C., Harrison, T., Holmes, R., Mynors-Wallis, L., Oatway, H. et Sullivan, G. (2007). A well-being programme in severe mental illness reducing risk for physical ill-health : A post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry*, 22(7), 413-418.
- *Smith, A. M. et Jensen-Doss, A. (2017). Youth psychotherapy outcomes in usual care and predictors of outcome group membership. *Psychological Services*, 14(1), 66-76.
- Stassen Berger, K. et Bureau, S. (2012). *Psychologie du développement* (2^e éd.). Montréal : Modulo.
- *Sukhera, J., Lynch, J., Wardrop, N. et Miller, K. (2017). Real-Time Needs, Real-Time Care : Creating Adaptive Systems of Community-Based Care for Emerging Adults. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(1), 41-53.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. et Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties : A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.
- The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance and Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.
- Tomás, J. M. et Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale : Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 84-98.
- Tremblay-Boudreault, V., Durand, M-J. et Corbière, M. (2014). L'analyse de concept : Description et illustration de la charge de travail mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p.123-141). Presse de l'Université du Québec.
- *Unlu, A. et Sahin, I. (2016). Religiosity and youth substance use in a Muslim context. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 15(3), 287-309.

- *Vallejos, E. P., Ball, M. J., Brown, P., Crepaz-Keay, D., Haslam-Jones, E. et Crawford, P. (2016). Kundalini yoga as mutual recovery : a feasibility study including children in care and their carers. *Journal of Children's Services*, 11(4), 261-282.
- *Veater, H. (2016). *The young persons' voice within mental health research*. (Thèse de doctorat). Université de Warwick, Coventry. Repéré dans la base de données ProQuest Dissertations and Theses Global. (1948545358).
- *Voelz, Z. R., Haeffel, G. J., Joiner, T. E., Jr. et Wagner, K. D. (2003). Reducing hopelessness : The interaction [sic] of enhancing and depressogenic attributional styles for positive and negative life events among youth psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1183-1198.
- Walker, L. O. et Avant, K. C. (2011). Concept analysis. Dans L.O. Walker et K. C. Avant (dir.), *Strategies for theory construction in nursing* (5e éd.) (p. 107-118). Norwalk : Prentice Hall.
- *Ward, D. (2014). 'Recovery' : Does it fit for adolescent mental health? *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 83-90.
- *Wells, K. et McCaig, M. (2016). The magic wand question and recovery-focused practice in child and adolescent mental health services. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : Official Publication of The Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 29(4), 164-170.
- Warner, R. (2009). From schizophrenia and the recovery model. *Current opinion in Psychiatry* 22(4) 374-380.
- *Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Storm-Mowatt Haugland, B., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57(6), 1-12.
- Wilson, J. (1963). *Thinking with concepts*. New York, NY : Cambridge University Press.
- *Winbush, V. R. (2010). *Parent created help-seeking pathways : A narrative explanation of their development and role in facilitating treatment for adolescents with mental illness*. (Thèse de doctorat). Smith College, Northampton. Repéré dans la base de données Social Work Abstract. (3416172).
- White, W. L. (2002). *An addiction recovery glossary : The languages of American communities of recovery*. Repéré à <http://www.bhrm.org/media/pdf/advocacy/add-rec-glossary.pdf>

- Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Rui, Q. et Kopala, L. (2002). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 273-283.
- *Whitley' R., Harris, M., Fallot, R. D. et Berley, R. W. (2008). The active ingredients of intentional recovery communities : Focus group evaluation. *Journal of Mental Health*, 17(2), 173-182.
- Wood, P. H. (1980). Appreciating the consequence of disease : The classification of impairments, disability, and handicap. *The WHO Chronicle*, 34(10), 376-380.
- *Yip, K.-S. (2005). A strengths perspective in working with an adolescent with depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 362-369.
- Young, S. L., et Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219.

**ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES ET ATTRIBUTS DU CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT CLASSÉS EN
FONCTION DE LA PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE**



Note. Les caractéristiques identifiées en caractères gras correspondent aux attributs sélectionnés

ANNEXE B. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES DU CONCEPT

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
	Ontosystème		
1.	Espoir		
		1.	less hopelessness (Birmaher et al., 2000a)
		2.	The recovery journey involved hopeful thinking (Bonnett, 2016)
		3.	Hope was mentioned in the recovery stories of young people as they considered moving forwards; (Bonnett, 2016)
		4.	Connell, Schweitzer and King (2015) refer to ‘an attitude of hope’ and Eisenstadt et al. (2012) suggested hope as contributing to recovery by enabling young people to become more active and involved. (Bonnett, 2016)
		5.	hope as contributing to recovery by enabling young people to become more active and involved (Bonnett, 2016)
		6.	Windell and Norman (2012) suggested that ‘messages of hope’ contributed to a belief in recovery and had an additional role in moderating the effect of stigma. (Bonnett, 2016)
		7.	Feeling hopeful appeared to contribute in many ways to young people moving forwards and having a renewed sense of control over their own lives which in turn led to the development or recognition of personal coping strategies and engagement in ‘normal’ activity (Grealish et al., 2013; Tan et al., 2014). (Bonnett, 2016)
		8.	Connell, Schweitzer and King (2014) suggested that young people who had made some sense of their experience expressed more hope for the future as they incorporated psychosis as an aspect of personal growth (Bonnett, 2016)
		9.	Therefore, making sense of psychosis appeared to instigate hope and precede the process of moving forwards, towards recovery. (Bonnett, 2016)
		10.	This is consistent with a qualitative study by Perry et al., (2007) in which a search for meaning was fundamental to maintaining hope (Bonnett, 2016)
		11.	increasing optimism through sense-making and ‘messages of hope’ from clinicians (Bonnett, 2016)
		12.	positioning hope as part of a cognitive construct involving future planning (Bonnett, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		13.	this...lets me talk to other people about my experience....I know that somebody understands and I understand them', 'he [fellow serviceuser] did slowly recover and now he's fully recovered so I know it can happen' (p. 495, Henderson et Cock, 2014). (Bonnett, 2016)
		14.	research suggesting elements of hope involves goals, a sense of agency and pathways (Bonnett, 2016)
		15.	having a role model, which they described as inspiring hope and providing a sense of belonging within a social context (Bonnett, 2016)
		16.	reconnect with their sense of identity and appeared to initiate hope for the future. (Bonnett, 2016)
		17.	medication also contributed to a sense of recovery and optimism for the future; 'Things started to change for me...I no longer heard voices...it was better...' (Romano et al., 2010). (Bonnett, 2016)
		18.	Young people who were able to make sense of their experience developed a continuing narrative of a self with a future and a sense of hope. (Bonnett, 2016)
		19.	Hope, support, meaningful activity and re-evaluation were all important topics evident across the literature when considering moving forwards. (Bonnett, 2016)
		20.	making some sense of their experiences and integrating this into a sense of self appeared to instigate hope for the future. (Bonnett, 2016)
		21.	identified four components of hope; affective, cognitive, behavioural and environmental and although explicit within the wider recovery literature. (Bonnett, 2016)
		22.	Theories of hope are described as both multi-dimensional and cognitively driven (Bonnett, 2016)
		23.	Dufault and Martocchio (1985) described hope as : 'a multidimensional dynamic life force characterised by a confident yet uncertain expectation of achieving a future goal...which to the hoping person is realistically possible and personally significant' (p.380, Dufault et Martocchio, 1985). (Bonnett, 2016)
		24.	hope comprises a hierarchical system of general dispositional hope (trait hope), domain-specific hope, state hope (moment-to-moment) and goal-specific hope (Bonnett, 2016)
		25.	Snyder (2002) conceptualised hope as a cognitive rather than an emotion-driven process (Bonnett, 2016)
		26.	Snyder (2002) proposed that hopeful thinking is initiated by future-oriented expectations (goals) which lead to planning (pathways) and a belief in capability (agency). (Bonnett, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
27.			Hope is then maintained by the realisation of some of these goals (Snyder et al., 2002; Snyder, 2002). Successfully achieving desired goals leads to positive emotions, but it is thinking which drives the process. (Bonnett, 2016)
28.			Becoming hopeful has also been referred to as a ‘turning point’ towards a sense of agency (Deegan, 1988). (Bonnett, 2016)
29.			The therapists were described as being clever and hopeful for future recovery, (Henriksen, 2014)
30.			Their reflections about changes during therapy were directed toward their family, school, friends, and life as a whole, and generally, they shared a positive outlook about the future. (Henriksen, 2014)
31.			One young woman recently interviewed by the lead author stated that her suicidal thoughts began when she was told by her doctor that she would likely have to face depression the rest of her life. One psychiatric nurse described many patients with little or no hope—most of whom firmly believed they were “never going to get well.” She continued : “When you are already feeling hopeless and in despair, to have someone tell you that what you have is a condition you’re going to have to live with the rest of your life . . . it makes you feel even more hopeless, more in despair, more worthless—and like, ‘Why even try? Why even try? This pain is just going to last forever’” (Hess et al., 2014)
32.			For those who have endured a severe mental disorder and a permanent prognosis, the possibility of any sort of more meaningful recovery becomes welcome news. Several interview participants spoke fondly of the moment they first made the realization that they might be able to recover to a substantial degree. One woman who had faced both psychosis and depression was told she would likely never be able to live independently again. She spoke of overhearing the story of another woman who had recovered fully : “This was the first seed of hope. . . . I thought, ‘if [she] could get well after eight years maybe I could get well after two or three’” (13). (Hess et al., 2014)
33.			The site is all about is all about recovery, that recovery is real. ... You know, once someone is diagnosed they say “it’s a lifetime illness. Lifetime. Never get better.” Well, Daniel Fisher says “No, you can get better and you can stay better.” And there’s wonderful articles on there by different people who have recovered 20 years, 30 years. . . . (Hess et al., 2014)
34.			The idea that recovery is possible can be healing for those who have lived for years without believing such an option was even plausible. Fisher (2010a) notes, “the belief that one can recover from mental illness is well established as an important aspect of the healing experience” (para. 6). (Hess et al., 2014)
35.			Rather than just a nice way to “keep going” during treatment, the point here is that the healing process may somehow require this kind of hope, seemingly in order to catalyze the energy and actions needed to secure it. (Hess et al., 2014)
36.			“The most important finding in our research,” one study concluded, “is that people who have shown significant or complete recovery from severe mental illness . . . have cited hope as an extraordinarily important component in their recovery. (Hess et al., 2014)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		37.	find hope, and recover from depression. (Jackson et Lurie, 2006)
		38.	whereas positive attributions could include recognizing one's ability to face challenges and handle crises successfully. (Jackson et Lurie, 2006)
		39.	change in understanding of problems, in hope, (John et al., 2015)
		40.	This in turn inspires realistic hope for a better future and resilience born from a personal growth experience, acquiring skills they have chosen to learn (Kaplan et Racussen, 2012)
		41.	well-documented study by Harding et al. (1987) showed that an optimistic attitude and higher expectation of recovery led to higher than expected rates of recovery, even in very chronic cases (Kaplan et Racussen, 2012)
		42.	recovery model promoting hope, (Knutson et al., 2013)
		43.	Using a recovery-oriented mental health system can promote hope at its most basic level. A sense of hope that leads to recovery is the individual's belief that recovery is possible (Knutson et al., 2013)
		44.	Patients are encouraged to look forward rather than ruminating on the past, and supported to celebrate small steps, reorder priorities and cultivate optimism (Jacobson et Greenley 2001). (Knutson et al., 2013)
		45.	promote successful recovery through positive thinking, (Knutson et al., 2013)
		46.	Hope (Knutson et al., 2013)
		47.	Hope Patient/client will: Have increased positive thinking, with feelings of healing and hope Maintain hope during ups and downs on their recovery journey Increase trust in self and others (Knutson et al., 2013)
		48.	Hope is a basic first step towards recovery. (Knutson et al., 2013)
		49.	Recovery Education is an innovative way to help patients look forward with hope and start taking steps towards recovery. (Knutson et al., 2013)
		50.	Hope (Lal, 2010)
		51.	conceptual model of recovery is often cited to elucidate different aspects of recovery. Hope, healing, empowerment, and social connection are some of the dimensions for recovery (Lal, 2010)
		52.	Some of the respondents responded favorably to the idea of applying recovery in this context, particularly in terms of subconcepts such as hope, whereas others identified several concerns (Lal, 2010)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
53.			Onken et al.'s (2007) theoretical review on recovery identifies at least 18 multidimensional subconcepts, such as hope, (Lal, 2010)
54.			Participants had learned how to cope with the loss, confusion, and pain of alienation and were now oriented toward their future, a development which offered a sense of hope (Leavey, 2005)
55.			Participants seem to be aware of their situations regarding their social selves. When in a state of recovery, participants reported a strong sense of hope for the future and that they had the capacity to keep learning how to cope with their new realities (Leavey, 2005)
56.			Participants felt that a sense of hope for the future was important, rather than dwelling on the past or the social and intellectual losses sustained through the process of becoming ill (Leavey, 2005)
57.			Meeting peers experiencing mental health problems at the community-based youth-centred program assisted participants in gaining and maintaining a strong sense of hope for the future (Leavey, 2005)
58.			In terms of recovery, youth need to be enabled to gain a sense of hope and belonging in order to avoid the despair and social isolation of being "inside schizophrenia" (Davidson, 2003). (Leavey, 2005)
59.			recovered provides a means of designating those who have achieved stable sobriety and better conveys the real hope for a permanent resolution of alcohol and other drug problems (Moberg et Finch, 2007)
60.			Hope (Mulvale et Bartram, 2009)
61.			Friesen noted that the "aspects of recovery that sparked the most interest and excitement ... were the concepts of hope and optimism and a positive orientation to the future" (p. 8). (Oswald, 2006)
62.			In recent years, the theme of hope has been an important core to the recovery movement in mental health services and has occupied an important role in the conceptual and empirical literature related to recovery (Resnick, Fontana, Lehman, et Rosenheck, 2005). (Oswald, 2006)
63.			Recovery is fundamentally about hope, about inspiring and supporting a vision of optimism for the future that can help to sustain improved quality of life and more successful functioning. (Oswald, 2006)
64.			A recovery-oriented mental health system inspires and supports hope in children and their parents. (Oswald, 2006)
65.			These group sessions are used as stepping stones to recovery, in that they inherently offer choice, opportunity and hope. (Schnell, 2008)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		66.	recovery orientation are evaluated on several core domains including areas such as connectedness, hope/optimism, identity, meaning/ purpose, and empowerment (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, et Slade, 2011). (Sukkera et al. 2017)
		67.	A final key part of the process of recovery noted in a number of the studies reviewed was the importance of hope. This was often something that at times was instilled by others (Cadario et al., 2011). However, a number of studies documented how a number of participants described how they themselves developed a sense of hope that things would improve (Farmer, 2002; Leavey, 2005; Meadus, 2007; Welsh et Tiffin. 2012; Woodgate, 2006). (Veater, 2016)
		68.	Many doctors many ... psychiatrists, psychologists, consultants even... just say we will learn how to manage it whereas actually at the [name of hospital] ...it will go ... and ... I want to get rid of it ... and I think the main thing I have learnt is I don't have to manage it forever because you can get... completely rid of it. (Veater, 2016)
		69.	One aspect of this process present within all accounts, was the relationships with the professionals involved in their care. These relationships appeared to foster a sense of hope; "They really believe you can do it" (Veater, 2016)
		70.	The therapeutic relationship also provided hope of recovery from OCD, and belief that participants could tolerate the anxiety and distress that was provoked when carrying out exposure work. This is reflected in the evidence base which depicts the importance of the therapeutic process on treatment outcomes for young people (Karver et al., 2006; Shirk et Karver, 2003). (Veater, 2016)
		71.	In their model of recovery from depression, Needles and Abramson (1990) proposed that increases in hopefulness (i.e. decreases in hopelessness) would lead to decreases in depressive symptomatology and, ultimately, the remission of depression. (Voelz et al., 2003)
		72.	Needles and Abramson proposed that the occurrence of positive life events would interact with 'enhancing attributional style' to incite the development of hopefulness. Enhancing attributional style is defined as the tendency to make stable (not likely to change) and global (likely to affect many outcomes) attributions for positive (rather than negative) life events. Thus, according to this model of recovery from depression, the occurrence of positive life events interacts with enhancing attributional style to promote the development (or restoration) of hopefulness, which may then lead to a reduction in depressive symptomatology (Voelz et al., 2003)
		73.	Noordsy et al. (2002) suggest a definition that includes components of hope, personal responsibility and moving beyond illness with a range of scales to measure these concepts (Ward, 2014)
		74.	Davidson et al. (2005) have reviewed the literature and condensed a range of concepts into primary themes such as 'redefining hope' (Ward, 2014)
		75.	Interviewer: 'Is that hope still there, Sam?' Sam: 'Hope's always there, even if it's tiny. For me, it's always there.' Interviewer: 'Where does that come from?' Sam: 'I'm not sure exactly. I guess inside myself there's always going to be a part of me that wants to go on, which sometimes I don't like to accept. I think, "No, I'm just depressed and I don't want to go on!" But I think

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
			there's always going to be a part of me that says "Sam, you want to go on and you don't want to die!" So there is a bit of hope in me. Even if it's small' (Male, 15 years old). (Ward, 2014)
		76.	Hope for the future (Ward, 2014)
		77.	Working in a strengths-based manner, fostering hope and optimism, and recognizing the importance of promoting meaningful choice and control are all vital in promoting recovery (Wells et al., 2016)
		78.	Sue was able to recognize that, among other things, ultimately she would like to go on and complete her media internship, motivating her to return to school, giving her hope, and shifting her focus to positive aspects other life (Wells et al., 2016)
		79.	It appeared that the ongoing constructive social interactions in the recovery community were prompting better coping strategies, a positive change in personal values and an increasingly optimistic view of other people, the future and life in general. This may all derive from the safety, trust and sense of kinship explored previously in the results. Participants reported that individual growth arose from informal contact and sharing with other consumers and staff, as well as through formal programs within the recovery community. (Withley et al, 2008)
		80.	The strengths perspective advocates identifying needs and ability behind client's symptoms and deficits; nurturing individuals' positive mood and hope to recovery (Yip, 2005)
2.	Empowerment	1.	being able to concentrate and think clearly, 'quicker in response' (Bonnett, 2016)
		2.	gaining some control over treatment (Bonnett, 2016)
		3.	having a renewed sense of control over their own lives which in turn led to the development or recognition of personal coping strategies and engagement in 'normal' activity. (Grealish et al., 2013; Tan et al., 2014). (Bonnett, 2016)
		4.	research suggesting elements of hope involves goals, a sense of agency and pathways (Bonnett, 2016)
		5.	have control in the treatment process (Bonnett, 2016)
		6.	A further facet of support was the role of lived-experience in which young people felt a sense of empowerment when sharing their experience by offering or receiving support to those sharing similar difficulties (Eisenstadt et al., 2012). (Bonnett, 2016)
		7.	making 'better choices' following their experience of psychosis and again the sense of psychosis as a catalyst for a new way of managing life (Romano et al., 2010). (Bonnett, 2016)
		8.	This involved a process of gaining control [over their own lives] (Bonnett, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		9.	medication was perceived as a challenge, this related to side-effects and perceived loss of control which were detrimental to a young person's sense of self, and precluded social inclusion in some accounts (Grealish et al., 2013; Windell et Norman, 2012). (Bonnett, 2016)
		10.	young people (re) gained some control and independence over their lives which led to moving forwards. (Bonnett, 2016)
		11.	Becoming hopeful has also been referred to as a 'turning point' towards a sense of agency (Deegan, 1988). (Bonnett, 2016)
		12.	A variety of adequate and appropriate information sources need to be easily accessible and young people should be encouraged to engage with the decisions made about their care (Bruder et al., 2017).
		13.	There is clear evidence that empowerment is key to achieving positive mental health, recovery, and well-being (Grealish et al., 2016).
		14.	Empowerment clearly affects psychological processes, with the potential to influence mental health, well-being, and recovery in young people (Grealish et al., 2016)
		15.	empowerment might be mechanism contributing to better mental health, well-being, and recovery (Grealish et al., 2016)
		16.	control was crucial to being able to experience feelings of empowerment, enabling them to exert influence over their care, decision-making, and other difficulties. (Grealish et al., 2016)
		17.	Individuals who have the capacity to take control are likely to experience empowerment whilst those unable to do so will not experience empowerment resulting in reduced motivation and productivity (Grealish et al., 2016)
		18.	Treatment programs in use are not the key factor for recovery. More important is the clients' right to choose help that they perceive as useful to their own recovery (Henriksen, 2014)
		19.	Expressing Agency (Henriksen, 2014).
		20.	Superordinate themes: Expressing agency. Main categories: Modalities of treatment, the use of feedback
		21.	The therapists were described as being clever and hopeful for future recovery, but at the same time, they showed a tolerance for complexity of the task and what they would have to manage together with the client: "The therapist cannot give you the right answers, but together with the therapist I made some progress. I found it very satisfactory to find the solutions myself." (Henriksen, 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
22.			I'm a firm believer in medication because . . . I think therapy is good, but it doesn't help if you're not calmed down. . . . You can't talk it out; it's chemical! . . . Like I said, . . . you can't get better without medication. You can talk and talk and talk but you can't get better without, if your chemicals are messed up. (Hess et al. 2014)
23.			it is understood that substantial personal effort is necessary—with the focus of individual action being the adjustment of personal trajectories (Hess et al., 2014)
24.			Part of the recovery was being around people who saw their condition as not permanent, a condition from which they could take increasing control of their life and reestablish a place in society” (Medscape, 2005). (Hess et al., 2014)
25.			When asked how her daughter had recovered, this mother emphasized, “She did it all on her own . . . it was all her . . . She made decisions internally. (Hess et al., 2014)
26.			Part of this is about trusting them to make their own decisions. Young people need to think for themselves, so when they are faced with making choices, they will ask, ‘Is this good for me?’ (Higham et Martynchyk, 2016).
27.			a period of greater understanding, more ability to take control and increased engagement with others (John et al., 2015)
28.			developing self-efficacy (John et al., 2015)
29.			He has to make his own decisions. I tell him all the time ...one day at a time. (Journal of dual diagnosis, 2005)
30.			Staff work with the young person on what is possible and achievable, thus encouraging a sense of agency – a sense of ‘I can’. Negotiation and compromise is encouraged (Kaplan et Racussen, 2012)
31.			What comes with the power to make decisions is the responsibility for those decisions. (Kaplan et Racussen, 2012)
32.			Interventions are directed to helping the participants make better decisions (for them) and become aware of choices they didn't know they could make. Better decisions are more efficient and effective – decisions that are more likely to get the young person what he/she wants, with fewer obstacles, complications and discomfort than other options. To do this, the participants are required to appraise the consequences of their decisions for themselves and for others, and in relation to achieving their goals. (Kaplan et Racussen, 2012).
33.			This also applies to our and their relationship with medication whenever possible – we tell them about other young people whose similar problems were ameliorated by taking medication, and connote medication as an option they can choose, on trial, to see if it will work for them (Kaplan et Racussen, 2012).
34.			This requires, and engenders, empowerment through responsibility and active decision making. (Kaplan et Racussen, 2012)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

155

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		35.	The patients' power is in being effective – in knowing that, in co-creating their preferred futures and being the agents of their success, they carry this power within themselves. (Kaplan et Racussen, 2012)
		36.	This in turn inspires realistic hope for a better future and resilience born from a personal growth experience, acquiring skills they have chosen to learn (Kaplan et Racussen, 2012)
		37.	the coaching stance helps to buffer against demoralisation when the young person is being challenging or self-defeating, by making it clearer that the young person is choosing their own outcomes (Kaplan et Racussen, 2012)
		38.	The programme is based on a recovery model promoting hope, security, support/ managing symptoms, empowerment, relationships, coping and finding meaning. (Knutson et al., 2013)
		39.	rebuilding, reclaiming or taking control of one's life. (Knutson et al., 2013)
		40.	simple staircase model with seven Elements of Recovery: Hope, Security, Support/Managing Symptoms, Empowerment, Relationships, Coping and Finding Meaning. (Knutson et al., 2013)
		41.	Empowerment Patient/client will: Develop confidence by problem-solving, goal-setting and focusing on your strengths Discuss stigma and challenge discrimination Take responsibility for your actions and seek help for your needs Maintain or improve good social skills, assertiveness and self-awareness (Knutson et al., 2013)
		42.	Empowerment is possible through education and understanding that having more control over their illness means taking responsibility, problem solving and becoming an active part of their healthcare team. (Knutson et al., 2013)
		43.	Personal recovery: Description/components : Hope, empowerment, meaningful activity, personal responsibility agency/self-determination, transformation, spirituality, coping. (Lal, 2010)
		44.	Jacobson and Greenley's (2001) conceptual model of recovery is often cited to elucidate different aspects of recovery. Hope, healing, empowerment, and social connection are some of the dimensions for recovery identified by these authors (Lal, 2010)
		45.	Onken et al.'s (2007) theoretical review on recovery identifies at least 18 multidimensional subconcepts, such as hope, power, agency, self-determination, meaning and purpose, awareness, and potentiality. (Lal, 2010)
		46.	I own the illness; the illness doesn't own me. (N13 Female) (Leavey, 2005)
		47.	now I know that I have to take care of myself mentally by taking my medication every day, by talking to a psychiatrist, to someone about your problem so that you feel better, so that people can help you solve [your problems]. (N13 Female) (Leavey, 2005)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		48.	In fact, participants often found it a validating and empowering experience to tell their stories in a safe, non-judgmental environment (Leavey, 2005)
		49.	The underlying principles of hope, empowerment, choice, and responsibility were also strongly supported. (Mulvale et Bartram, 2009)
		50.	These group sessions are used as stepping stones to recovery, in that they inherently offer choice, opportunity and hope. This in turn gives adolescents opportunities for self-determination (Deegan, 2001; Howe et Schwartzberg, 2001). (Schnell, 2008)
		51.	recovery orientation are evaluated on several core domains including areas such as connectedness, hope/optimism, identity, meaning/ purpose, and empowerment (Leamy et. al., 2011). (Sukhera et al., 2017)
		52.	The sense of recovery being within one's control was also apparent in Woodgate's study (2006). Participants suggested the idea that whilst the help of others was important, they needed to take charge of their health in order to recover, and therefore it was essential to make changes that enabled them to move forward; (Veater, 2016)
		53.	'Regaining Control' (Veater, 2016)
		54.	'Regaining Control' illustrates the ways in which participants had tried to challenge OCD and the different aspects of help they had engaged with. (Veater, 2016)
		55.	Participants who felt they had regained some level of control over OCD spoke of a sense of increased knowledge with regards to self, and a level of personal growth following their experiences. (Veater, 2016)
		56.	For some the process of regaining control appeared to bring with it increased confidence, whilst others gained understanding and acceptance; I feel more confident in myself and I don't feel like, I don't have to hide anymore. (Veater, 2016)
		57.	The Battle' illustrates the challenges participants experienced when accessing services and engaging in therapeutic interventions, as well as the aspects that helped them "Regain Control". (Veater, 2016)
		58.	Participants' accounts reflected the aspects of help which were important in their pursuit of "Regaining Control". All participants spoke of the importance of the relationship with professionals involved in their care. (Veater, 2016)
		59.	Noordsy et al. (2002) suggest a definition that includes components of hope, personal responsibility and moving beyond illness with a range of scales to measure these concepts (Ward, 2014)
		60.	Finally, some concepts of recovery (e.g. empowerment and self-determination) may also be applied to the families or caregivers. (Ward, 2014)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

157

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		61.	Primary common recovery themes: Empowerment and control over one's life. (Ward, 2014)
		62.	Working in a strengths-based manner, fostering hope and optimism, and recognizing the importance of promoting meaningful choice and control are all vital in promoting recovery (Wells et al., 2016)
		63.	Ultimately, simply feeling listened to and valued may have been adequate in empowering Sue to take control of her own recovery (Parkinson, 2012). (Wells et al., 2016)
		64.	self-will and self-monitoring (Yip, 2005)
3.	Réseau de soutien positif	1.	However friendships with those with shared experiences were important, with understanding seeming to facilitate hope for recovery, (Bonnett, 2016)
		2.	Refer to the role of parents as one of support, either in recognising early mental health changes prompting the seeking of treatment or providing encouragement (Bonnett, 2016)
		3.	Being generally supportive as recovery progressed, '[mother] is the one who's always talking to me...she's guiding me along I guess' (Bonnett, 2016)
		4.	Not only to support the young people, but also in recognition of the changing role of parents and carers (Bonnett, 2016)
		5.	A further facet of support was the role of lived-experience in which young people felt a sense of empowerment when sharing their experience by offering or receiving support to those sharing similar difficulties (Eisenstadt et al., 2012). (cité dans Bonnett, 2016)
		6.	Close friendships alleviated the impact of perceived stigma (Connell et al., 2014). (cité dans Bonnett, 2016)
		7.	Sense-making was aided both by supportive parents and service providers (Bonnett, 2016)
		8.	Mark talked about planning as important and sense of someone caring, for example, friends to keep away from drugs, mum to get to college, care coordinator. Other people providing motivation to move forwards (Bonnett, 2016)
		9.	A novel finding that emphasizes how features of peer network structure might contribute to challenges in modifying the peer network to support recovery. (Chung et al. 2015)
		10.	Application of recovery concepts needs to be carefully considered in relation to the role of the family (Friesen, 2007)
		11.	Some participants contrasted the idea of "familycentered services," which involve planning for the child in the context of his/her family, with "person-centered planning" which they understood as very individualistic, and perhaps even excluding the rest of the family (Friesen, 2007)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
12.			The importance of playing out in these findings suggests that music therapists working in recovery-oriented models should consider community linkages as core business rather than potential additional support. (Hense et McFerran, 2017)
13.			Recovery focuses on valuing and building on the multiple capacities, resiliencies, talents, coping abilities, and inherent worth of individuals. By building on these strengths, consumers leave stymied life roles behind and engage in new life roles... with others in supportive, trust-based relationships (Hess et al., 2014)
14.			Part of the recovery was being around people who saw their condition as not permanent, a condition from which they could take increasing control of their life and reestablish a place in society” (Medscape, 2005) (cite dans Hess et al., 2014)
15.			<p>One mother described her daughter’s emotional and behavioral struggles getting so bad that the state welfare agency was going to commit her for life, to a long-term, state-run psychiatric facility “where they put people where they are so bad they don’t come out of [it]”—adding, “they felt they had done everything they could do” and concluded, “she’s not going to fit into normal society.” In the wake of a dismal prognosis and diagnosis with borderline personality disorder, this family made a decision to get more involved: “That’s when we said, ‘No, we are taking her home.’”</p> <p>“It was a terrifying idea to bring her home,” this mother admitted. “She had been in group homes and hospitals for years . . . we didn’t know if she would live, or anything. At the time, it was just terrifying... She was like a real crazy person. Her eyes were crazed, her mind . . . she was so unkempt. I grieved the death of my daughter for quite a long time. She was just gone and there wasn’t much left.” And yet, she continued, “When we brought her home, that’s when the acceptance came. We had been through so many things trying to fix it... We just accepted, ‘this is just the way she is going to be.’” She continued: We had been through three years-plus with her, when slowly things started to turn around... It took a long-time, it was very gradual. She is doing much better—light years better. She has been holding a job [for over a year] ... She was suicidal for three years straight, but we haven’t had any re-occurrence of that for some time. She’s not the person she used to be...The state was ready to commit her to life. She’s gone from that to being a pretty productive member of society...Doctors said that this girl’s situation was one of the darkest situations and they couldn’t believe she was doing better; they were totally shocked. When asked how her daughter had recovered, this mother emphasized, “She did it all on her own . . . it was all her... She made decisions internally. What we did was accept her...A lot of her doing better came from inside of her, maybe from having the right environment.” She continued: “I’d like to say that we did things, but we didn’t do that much; we would just talk with her gently... She just needed the love and support of her family...When someone is willing to understand her problem and have the flexibility to work with it . . . she tends to blossom” (59m). (Hess et al., 2014)</p>
16.			The time required for a truly sustainable recovery highlights the crucial importance of sustained and enduring social support from friends and family along the way (Hess et al., 2014)
17.			Being surrounded by staff who can provide the empathy and care they deserve and crave is crucial to their progress. (Higham et Martynchyk, 2016)
18.			In my opinion, caring relationships are the foundations for recovery. (Higham et Martynchyk, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		19.	Therefore supportive and warm relationships are vital to ensure that young people feel less isolated in what they are going through (Higham et Martynchyk, 2016)
		20.	Therefore, staff made me feel safe and supported, while doing their best to make me feel as relaxed in the ward as possible (Higham et Martynchyk, 2016)
		21.	Experienced prior to my admission. The staff recognised how much I was struggling, so did their best to make sure that I knew they were always there to support me, while making sure they didn't force me into situations or conversations that I felt uncomfortable with. (Higham et Martynchyk, 2016)
		22.	As I gradually started trusting the staff more, I managed to form strong therapeutic relationships with them and consequently started confiding in them about my difficulties (Higham et Martynchyk, 2016)
		23.	"The staff who I remember now helped me to see a step backwards as an opportunity for growth and helped me feel empowered, even when I felt defeated." (Higham et Martynchyk, 2016)
		24.	The staff should be able to not only help the patient feel safe by providing consistent emotional support, but they should also prevent any incidents occurring. When I was at risk because I was prone to self-destructive behaviours, I was put on 1-1 observations, which definitely helped me feel safe. Nina Martynchyk, 20 (Higham et Martynchyk, 2016)
		25.	Intervention can be aimed at educating and discussing meanings that engender health and support resiliency. (Jackson et Lurie, 2006)
		26.	The young person and the family should be connected to developmentally appropriate and empathic support to talk about their reactions, thoughts, and feelings. (Jackson et Lurie, 2006)
		27.	Treatment programs need to not only guide youth through the difficult emotional terrain that often accompanies their drug use, but must teach them relational, educational, and other life skills to support their recovery. (Jainchill et al., 2005)
		28.	Shortly after my son started treatment he became friends with another addict in treatment. He tells me that this guy asked him to get him drugs. He came out of group that evening in a very bad mood and said the whole way home, "Mom, please don't let me go out tonight." (<i>First Person Recovery: A Mother's Love is Indeed Unconditional</i> , 2005)
		29.	Interventions are directed to helping the participants make better decisions (for them) and become aware of choices they didn't know they could make. Better decisions are more efficient and effective – decisions that are more likely to get the young person what he/she wants, with fewer obstacles, complications and discomfort than other options. To do this, the participants are required to appraise the consequences of their decisions for themselves and for others, and in relation to achieving their goals (Kaplan et Racussen, 2012)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		30.	The coaching stance helps to buffer against demoralisation when the young person is being challenging or self-defeating, by making it clearer that the young person is choosing their own outcomes (Kaplan et Racussen, 2012)
		31.	Building informal sober social support networks through family and friends (King et McCharge)
		32.	Relationships (Knutson et al., 2013)
		33.	Education for selfmanagement can move patients forward to improve health and healing on their recovery journey (Knutson et al., 2013)
		34.	Components of nursing care for psychiatric patients of all ages include education aimed at improving patients' understanding of their treatment plan, to show them how to get help and support, and to develop ways of coping with their psychiatric illness. (Knutson et al., 2013)
		35.	Relationships Patient/client will: Maintain or develop supportive relationships within family, friends and community Listen and share personal stories with others Show respect for self and others Improve self-esteem, tolerance, anger management, assertiveness and communication skills. (Knutson et al., 2013)
		36.	Healthier communication patterns can be practised and developed because healthy relationships can be a key to successful recovery. (Knutson et al., 2013)
		37.	This explanation leaves space for the hypothesis that a better relational experience in later childhood may bring about partial recovery. (Lanyado, 2010)
		38.	If youth with mental health issues do not find positive images that depict their situation or receive encouraging feedback from their peer groups, building or rebuilding a healthy sense of self can become an onerous task. In their research, Davidson and Strauss (1992) found that the rediscovery and reconstruction of a sense of self are essential to recovery. (Leavey, 2005)
		39.	Davidson et al. found that peer support groups may improve symptoms, promote larger social networks, and enhance quality of life. (Leavey, 2005)
		40.	Change in Social Relationships. After being diagnosed, some males and females sought out entirely new friends because former high school peers had distanced themselves. Participants' sense of self-esteem seemed less negatively affected if they did not pursue friends that had abandoned them. Respondents who said they were able to find friends or community post-diagnosis had joined a peer-support group at the community youth mental health program that focused on youth-directed psychosocial support. Three males and five females felt connected to this peer-support group because of the opportunity to establish friendships. Some participants said they felt that creating and maintaining positive relationships was the key in their recovery process. (Leavey, 2005)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		41.	Stick to the friends you have and just open up to them and let them know, you know, this is something I'm going through and it's not normal, we know, and I know, and . . . just try and stick with them, and you know, pursue long-term relationships. (Leavey, 2005)
		42.	was close to my social worker. She gave me a lot of . . . she actually was more of a psychiatrist to me. She's the one that asked me, "Well, why do you think you do this?" or "Maybe you do this 'cause of this." She gave me a lot of coping strategies to deal with my anxiousness [sic], like she would like, tell me to list all the characteristics, good characteristics, what I like about myself and focus on those. Like what are the good characteristics I have. (Leavey, 2005)
		43.	Family Support. One female and three males stated it was important to have ongoing family support. (Leavey, 2005)
		44.	You know, it's been wonderful, my parents support me... like all they did when they learned about my... that I had this illness, was read up on it. They read tons of books. They know more about it than I do, and I have the disorder. So I'm just very lucky to have such supportive family. (N13 Female) Because my mom, she's the one who actually has faith in me, faith, and what I do. (Leavey, 2005)
		45.	It is evident that family support, if available, could have a critical role in the process of recovery. (Leavey, 2005)
		46.	Community-Based Youth-Centred Support. Five female respondents (male participants commented on this only when prompted) emphasized that a key factor in their recovery and stability was that they became part of a community-based program focused on youth with mental health problems. An important aspect of this program was the "drop-in" where they could gain social support and feel they had a safe place to relate to one another. One participant felt it was important to have a place to access her peers. (Leavey, 2005)
		47.	just talking to . . . just talking to the kids, you know, talking to other people my age, a little older, a little younger than me, having . . . you know, relating to each other, having common ground, 'cause we both have illnesses. So it helps me to deal with my illness better, and you know, suggestions they have for me, and I have suggestions for them, that I give them on how to deal with your nerves and cope with your anxiousness. (N13 Female). (Leavey, 2005)
		48.	In addition, psychological first aid incorporates an ecological perspective that acknowledges the importance of meeting survivors immediate needs, fostering a reintroduction of normalizing activities, offering a safe and comforting environment, and making connections with social support (Brymer et al. 2008). (cité dans Lergeski et King, 2015)
		49.	Parents, and other attachment figures, also play a collaborative role, as the therapist works with them to develop a home environment that promotes a feeling of safety and reassurance. (Lergeski et King, 2015)
		50.	These findings are consistent with a recent meta-analysis evaluating the effects of psychotherapy across a variety of anxiety disorders showed few differences in effects sizes when comparing treatments with and without parental involvement (Reynolds et al. 2012), suggesting that parental involvement may offer few direct benefits in the reduction of PTSD and other anxiety-related symptoms. (Legerski et King, 2015)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
51.			The literature pertaining to adolescent mental health strongly emphasises health promotion and recovery philosophies related to positive experience in school. For example, positive relationships with teachers were associated with better mental health and higher motivation (Ministry of Youth Affairs, 2002). (cite dans Schnell, 2008)
52.			The theme also reflects the importance of making connections with others. (Veater, 2016)
53.			Some participants described how important it was to connect with those who understand (Farmer, 2002; MacDonald et al., 2005). They mentioned peers who were going through similar things (Leavey, 2005), for example when engaging in group therapy; (Veater, 2016)
54.			Woodgate (2006) acknowledged the importance of connecting with others within the theme ‘Maintaining a Sense of Belonging in the World’. This theme described a number of factors that participants felt contributed to the sense of connection with others, which included: knowing that those close to them were trying to understand, that they would be checked on even if they had withdrawn themselves from others, and that others were trying to make a difference in the young person’s life (p. 266). (Veater, 2016)
55.			Experience of Support: Listen and Understand Me’ (See Table 1.4, Appendix C). This theme captures how participants described their experiences of gaining support and help from family and friends. In particular, the importance of being heard by others and having the understanding of others (Veater, 2016)
56.			A number of participants spoke about how much they valued support of family and friends (Leavey, 2005; MacDonald et al., 2005; Meadus, 2007; Woodgate, 2006). In one study, participants described the importance of having people who tried to understand living with depression; I think what would help is for people to realise that it is not just feeling down, it is actually an illness. That is the hardest part getting people to realise – it is not just... Say oh ‘oh you woke on the wrong side of the bed’ I think the most helpful part is knowing that someone out there understands. (Woodgate, 2006, p. 266). (cité dans Veater, 2016)
57.			Others describe how they appreciated support that was sensitive and where there was continuity of care. (Veater, 2016)
58.			In addition to being listened to and understood, participants appreciated it when the professionals they were working with were honest and upfront about their condition (Welsh & Tiffin, 2012). Woodgate (2006) described how participants valued professionals who not only made an effort to understand them but were also sincere. Professionals who saw them not just as a condition or collection of symptoms, but as a human being and were able to be flexible in order to suit their needs. (Veater, 2016)
59.			This illustrates how sharing this challenging experience appeared to bring the family together, although the description of being torn apart suggests that at times it may not have felt like the family relationships were going to survive. For Tilly developing a

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
			mutual understanding of OCD during family therapy had strengthened relationships and enabled them to work together to fight OCD; Good to hear how everybody else felt, so we could all work together [...] we supported each other backed each other up. (Tilly, 645-652). (Veater, 2016)
60.			'Finding Comrades' (Veater, 2016)
61.			Helped the young person feel as though they were not alone in their battle with OCD. (Veater, 2016)
62.			The importance of others' understanding was also present in Oscar and Alice's accounts. (Veater, 2016)
63.			Finding comrades' reflects how connecting with others who had experienced OCD or other mental health difficulties, appeared to be something a number of the young people valued. (Veater, 2016)
64.			Oscar described how having a parent with OCD was helpful for him; I think it's good because if you know what they're feeling like all that time then they might be able to help you, and you might be able to help them. (Oscar 74-76). (Veater, 2016)
65.			Whilst Tilly found others through internet blogs; Read like about people's...blogs about where they've had it ... and how they sort of like...before and after and stuff that was quite positive... cause I wasn't sure exactly what it was at that point still ...and them sort of explaining a bit more and sort of things you might experience and ... sort of how they were feeling helped me to sort of relate to someone. (Veater, 2016)
66.			Wherever the comrades came from, they appeared to help participants feel as though they were not alone. (Veater, 2016)
67.			Connection with others during an inpatient stay has been found to be an important factor in individuals reaching their personal goals (Grossoehme & Gerbetz, 2004). Whilst in the community, connecting with others through peer group support or therapeutic groups aids recovery (Leavey, 2005), and provides valuable means of support (MacDonald et al., 2005). (cité dans Veater, 2016)
68.			The quality of the professional relationships with the young person as well as the suitability of environments to the young person's chronological age is thought to be important in order to provide optimal conditions to promote recovery. (Veater, 2016)
69.			Finally, some concepts of recovery (e.g. empowerment and self-determination) may also be applied to the families or caregivers. (Ward, 2014)
70.			Second, the impact of peers during adolescent development is crucial. Peer relationships during adolescence incorporate individuals, groups, same-sex and opposite-sex relationships and can be constructive or destructive for the developmental journey (Smetana et al. 2006). The same could be said for adults. However, particularly given the ongoing development of identity during such a critical period, I suggest that peers will exert a more powerful influence on the recovery process for adolescents. (Ward, 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		71.	Connection with others : Role of the family – A crucial influence for the recovery journey, with attachment and individualisation processes ongoing (Collins and Laursen, 2004). (cité dans Ward, 2014)
		72.	Professionals using SFBT regarded their patients as already having all the resources they need, defining their own role as supportive in eliciting the individuals' strengths, and empowering people to articulate these into achievable goals for the future. (Wells et al., 2016)
		73.	Measures of success on the road to recovery include employment, independent living and formation of mutually supportive inter-personal relationships (Deegan, 1988). (cité dans Whitley et al., 2008)
		74.	The results demonstrated that parent-created help-seeking processes were reflective of the unique social context of each youth/parent dyad. Ten major activity strategies were identified for describing how parents enacted their responsibilities in initiating and maintaining help-seeking pathways for their youth. A parent's utilization of a particular subset of these activity strategies over time produced a pathway whose overall impact could be characterized as either facilitating (proactive) or impeding (reactive) the youth's recovery process. (Winbush, 2010).
		75.	In a few instances parents also reported having gained a better understanding of their roles as parents, and of the impact of their actions on the help seeking process for their adolescents. In other cases parents described increased acceptance of the youth's illness and/or treatment process. Other parents reported gaining a sense of control over their fears, and over their need to deny the reality of what was happening to their youth. In other cases parents' increased understanding resulted not only in direct benefits to their youth, but also in benefits for them as parents, and for other family members as well. (Winbush, 2010).
		76.	Community support (Yip, 2005)
		77.	Mutual aid group or supportive friends (Yip, 2005)
4.	Identité	1.	Establishing new short-term goals enabled a 'reshaping of an enduring sense of self'; (Bonnett, 2016)
		2.	But feeling in a position of dependence and needing a parent to buffer the loss of self-identity: (Bonnett, 2016)
		3.	Participants in the research by Romano et al. (2010) reported a period of renegotiation of their relationship with their parents, as they reconnected with their sense of self. (Bonnett, 2016)
		4.	Young people also reconnected with seeking independence. (Bonnett, 2016)
		5.	Meaningful activity was also linked to enhanced self-esteem and providing a sense of worth (Windell and Norman, 2012). (cité dans Bonnett, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
6.			Romano et al., (2010) identified that pursuing their interests led to participants' sense of self enduring and therefore increased resilience. (Bonnett, 2016)
7.			'reshaping' of self-identity'. By gaining understanding, assimilating psychosis as part of their identity, engaging in services or talking to others, young people (re) gained some control and independence over their lives which led to moving forwards. (Bonnett, 2016)
8.			Improved self-esteem (Campbell et Peebles, 2014)
9.			Reconstructing a health-based identity is not just a by-product of recovery processes but is essential to recovery occurring because it creates coherence after experiences of loss or change. (Hense et McFerran, 2017)
10.			Central means of constructing identity is through everyday 'doings' in the social world. He describes how each interaction provides an opportunity for building references of the self in relation to other, and where the nature of the existing identity also provides a context for interpreting each experience. (Hense et McFerran, 2017)
11.			(Question) 'And do you think that that was part of the illness or a normal sort of every day experience?' (Minna) 'Yeah. Cos I was having like a big feeling towards it. And it made me feel like that's who I am, and how I should be.' (Hense et McFerran, 2017)
12.			musical symptom related to an infinite source of achievement for constructing a confident sense of self. During his manic episode, Tim began teaching himself guitar. However, in the belief that his identity hinged upon his experience of achievement in learning, Tim isolated himself from the social world and became absorbed in his guitar playing: I became out of this world. And I think I went there, by winning a lot and I kept achieving, like automatically almost. And I kept getting better and better at things and I kept seeing that and I was like whoa, who cares about other people. All I need is me. In both of these examples, the young person's musical symptom provided a way to construct a sense of self through the new illness experiences. However, both describe how this identity was reliant upon maintaining their musical symptom, which lead to the seeking of further illness-based experiences in order to maintain a coherent self-concept, which limited their progress in recovery. (Hense et McFerran, 2017)
13.			Minna explains how learning an instrument in music therapy offered an opportunity to expand her identity to include capacities and skills that she wanted others to see: 'Like, when I can play like, an instrument, you can like a different side of me. I would look more of, not hip hop-ish, but like, sophisticated, like educated...like I have more in store.' In coming to the music therapy group, Tim chose to use his newly developed musical skills to connect with other people again, and cultivate a social identity as a guitar mentor: 'It allows me to maintain that expression and to see into other people's eyes when they start music as well.' He later described this as 'greater sharing'. (Hense et McFerran, 2017)
14.			Understandings of 'musical identity' appear two fold: where music itself is seen to provide material for construction of non-music aspects of identity such as personal qualities, style, values, lifestyle (DeNora, 2000); as well as the ways in which music

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
			provides social roles such as those of a musician or fan (Hargreaves, Miell, and Macdonald, 2002). (Cité dans Hense et al., 2014)
15.			Changes in their musical identity that corresponded with changes in their mental health. These changes spanned the continuum of acute illness, early recovery, through to engagement with the outpatient mental health service, and plans for recovery in the broader community. (Hense et al., 2014)
16.			Acute illness= expressing the isolated musical identity Trajectory of mental illness= Bridging musical identity through music therapy Wellbeing= Goals of playing out musical identity in the community (Hense et al., 2014)
17.			Renewed sense of being a “whole person” (Hess et al., 2014)
18.			In personal and social identity. (John et al., 2015)
19.			Building a sense of identity. (John et al., 2015)
20.			The strong positive correlation between self-esteem and recovery in young people provides further evidence of validity. (John et al., 2015)
21.			This relationship was expected, given that recovery may involve greater self-understanding, (John et al., 2015)
22.			Factors related to increased self-worth. (John et al., 2015)
23.			If youth with mental health issues do not find positive images that depict their situation or receive encouraging feedback from their peer groups, building or rebuilding a healthy sense of self can become an onerous task. In their research, Davidson and Strauss (1992) found that the rediscovery and reconstruction of a sense of self are essential to recovery. (Leavey, 2005)
24.			Once participants’ symptoms were under control, they were able to begin the process of understanding that their mental illness was not their “fault.” At this point, participants were able to start distinguishing between the self and the illness by accepting and adapting to a new identity and learning to work from a new frame of reference. (Leavey, 2005)
25.			I have to mature way faster to understand myself and how to help myself ... I know myself a lot more. I know that, and now it means that there is a time where you can get illnesses, mental illnesses, and like, you can get mental illnesses and there can be something wrong with you mentally. (Leavey, 2005)
26.			The participants accomplished this process by creating a new self-identity in relation to their mental illness and their friends. They were much more accepting of themselves and addressed having a mental illness in a matter of fact way. (Leavey, 2005)
27.			Keep believing in yourself, trying not to lose self-esteem, self-confidence. (Leavey, 2005)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		28.	Three females and two males thought that having the right therapist who would focus on a person's particular problems and help them find solutions was very important to their self-esteem. (Leavey, 2005)
		29.	Recovery involves emerging from the onset of a mental illness and re-establishing a social identity. This includes a process of forming a new self-definition and finding ways to decrease the impact of a problematized illness identity. (Leavey, 2005)
		30.	In some cases, it was seen as something that was harmful and may impede recovery, as participants might have integrated the condition into their identity and therefore may struggle to recover as they view the condition as a part of themselves (Wisdom and Green, 2004)
		31.	Sense of social identity and negotiating a new self-identity in relation to their difficulties and their friends (Leavey, 2005)
		32.	Others found out they had strength and sense of resilience (Simmonds et al., 2014; Woodgate, 2006), which resulted in improved self-esteem and confidence; (Veater, 2016)
		33.	The importance of being seen as a young person first and foremost came across in a number of the accounts as illustrated in this quote. (Veater, 2016)
		34.	Participants who felt they had regained some level of control over OCD spoke of a sense of increased knowledge with regards to self, and a level of personal growth following their experiences. (Veater, 2016)
		35.	Understanding the Difference' detailed the impact of OCD on participants' sense of self and on their developing identity. (Veater, 2016)
		36.	Participants' reflections on 'Understanding the Difference' suggest that experiences associated with living with OCD were something that impacted on participants' view of self and developing identity. (Veater, 2016)
		37.	the findings of the current study illustrate the impact OCD can have on an individual's identity. With this in mind, professionals working with young people should ensure they support the young person to make sense of their identity within the context of OCD. Professionals should be mindful of the young persons' developing identity and the fragility of it during this developmental stage, ensuring therapeutic interventions focus on the young person before the symptoms of OCD. They should also ensure that professional language does not contribute to negative self-attributions. This can be supported by referring to OCD as being separate to the individual (White and Epston, 1990). (cité dans Veater, 2016)
		38.	Developing and maintaining identity (Ward, 2014)
		39.	Identity development

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
			Identity development is a core work in progress, influenced by peers and various systems such as education (Kroger 2003). Building on earlier years, this period will be foundational for adult identity. (Ward, 2014)
		40.	Reconstruct A's self-image and self-competence. (Yip, 2005)
5.	Sens donné à l'expérience	1.	Making sense of psychosis (Bonnett, 2016)
		2.	Towards making sense of psychosis. (Bonnett, 2016)
		3.	Making sense of the experience of psychosis was salient throughout the twelve papers. Being unable to make sense of their experiences appeared to prolong a period of uncertainty for young people, and heighten the sense of loss; 'I'm never going to get better, I don't even understand how I got like this,' (Tan et al., 2014) (cite dans Bonnett, 2016)
		4.	Sense-making was expressed by young people as a process of engaging in services, being able to talk to others, assimilating the reactions of others and coping with medication and hospitalisation and was one of the first steps towards recovery. (Bonnett, 2016)
		5.	Part of this conceptualisation was in making sense of psychosis; a process which happened through gaining some control over treatment choice and having access to information specifically written for young people (Grealish et al., 2013) (cité dans Bonnett, 2016)
		6.	being unable to understand their experiences reportedly led to young people experiencing hopelessness and presented a challenge to moving forwards (Bonnett, 2016)
		7.	Helping the young person understand (Bonnett, 2016)
		8.	and again the sense of psychosis as a catalyst for a new way of managing life (Romano et al., 2010). (cite dans Bonnett, 2016)
		9.	Meaningful activity was also used by some young people as a means of processing their experiences and in this way overlaps with making sense of psychosis. (Bonnett, 2016)
		10.	Participants perceived creative activities such as writing and art as meaningful and for creating a space to process their experiences, in turn leading to less uncertainty; 'writing really helps...I'll read from the box from things like two years ago...and then I relate it to [life now]', 'I don't have to feel that way anymore because it's recorded for me', (Bonnett, 2016)
		11.	Being able to express some of the experiences associated with this time appeared to ameliorate feelings of loss. (Bonnett, 2016)
		12.	Meaningful activity as critical to recovery and referred to opportunities for 'normative' activity as part of the development of a framework for understanding the experience of psychosis, (Bonnett, 2016)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

169

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
13.			Sense-making was aided both by supportive parents and service providers. (Bonnett, 2016)
14.			(Superordinate themes) Understanding own suffering (Main categories): The severity of their problems The attribution of their suffering The complexity of their understanding (Henrisken et al., 2014)
15.			(Superordinate themes) Cocreation in treatment (Main categories): The helpful therapist To unify strength and difficulties Meaning and coherence (Henrisken et al., 2014)
16.			You become more familiar with the problems, and your ways of handling them may be explored in some more detail. (Henrisken et al., 2014)
17.			Just staying home may increase your problems.” (Henrisken et al., 2014)
18.			young people in this study, their musical identities afforded a process of meaning-making. Formulating meaning is thought to be essential to the process of recovery (Slade 2009). Whilst having a sense of meaning in everyday life is important to experiences of wellbeing (Seligman 2012), the process of making meaning out of the illness experience might be more powerful in promoting recovery (Leamy et al. 2011). (cité dans Hense et McFerran, 2017)
19.			Christiansen (1999) explains that interpreting meaning out of illness experiences is important to creating a sense of coherence in which the individual can account for their experiences within a larger identity structure that extends beyond illness. Christiansen draws on Antonovsky’s(1987) work, offering that people are buffered against, or can even benefit from challenge, when they appropriate the experience for greater insight or personal growth. (Hense et McFerran, 2017)
20.			Ameta-synthesis of mental health user’s experiences in music therapy also discusses the ways in which music offers ‘an arena’ for the stimulation and development of positive identity and hope (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Solli et al. (2013) argue these affordances of musical engagement for processing identity directly relate to mental health recovery given the focus on identity and personal meaning making as essential recovery processes (Anthony, 1993; Commonwealth of Australia, 2010). (Cité dans Hense et al., 2014)
21.			“To me, knowing when you’ve gotten better is when you’re able to really laugh—and not only laugh on the outside but on the inside too. Recovery is when you’re able to find pleasure and joy... And you know that you can’t be happy all the time and you’re okay with that. (Hess et al., 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		22.	We have experienced healing and we are whole where we were broken. (Hess et al., 2014)
		23.	Thematic analysis of transcripts indicated two broad ways of characterizing experience: a period of intense distress, lack of understanding and social withdrawal and a period of greater understanding, more ability to take control and increased engagement with others. Within these two periods, common processes were identifiable: change in understanding of problems, in hope, in personal and social identity and in managing problems. (John et al., 2015)
		24.	Finding meaning (John et al., 2015)
		25.	Coping and finding meaning (Knutson et al., 2013)
		26.	Finding Meaning. (Knutson et al., 2013)
		27.	Finding Meaning Patient/client will: Develop a sense of meaning or overall purpose in life Find motivation in the process of recovery personal meaning of spirituality and healing (Knutson et al., 2013)
		28.	Accepting ones illness and gaining insight into the current situation can lead to more positive thinking, finding a sense of meaning in life, and reflecting on life's purpose. (Knutson et al., 2013)
		29.	Power, agency, self-determination, meaning and purpose (Lal, 2010)
		30.	Once participants' symptoms were under control, they were able to begin the process of understanding that their mental illness was not their "fault." At this point, participants were able to start distinguishing between the self and the illness by accepting and adapting to a new identity and learning to work from a new frame of reference. (Leavey, 2005)
		31.	The ability to create a new sense of life meaning seemed to come from the process of adaptation or adjustment to the change in their mental health status. (Leavey, 2005)
		32.	That's more kind of helpful for me, to be able to help other teenagers. But the thing is, I want to tell more teenagers not to go into the problems or, you know, like the stupid way I did...After I got my mental illness, I want to help people. (N12 Male) (Leavey, 2005)
		33.	in the end ...life is ... like, just knowing that yesterday, like... I can't change yesterday, because that's like yesterday. It's over. I'm too old for yesterday and too young for tomorrow, so I'm living now. And I have to make tomorrow... (N1 Male) (Leavey, 2005)
		34.	Administered in an individual or group format, debriefing sessions typically address the following topics: providing information regarding the circumstances of the traumatic event; sharing thoughts, impressions, and emotional reactions to the

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
			event; and providing psychoeducation information aimed at normalizing acute stress responses (Dyrgrove 1989; Mitchell 1983). (Legerski et King, 2015)
35.			According to Chu and Lieberman (2010), therapists using these approaches “help to translate the emotional meaning of behaviors between the parent and the child, enabling them to co-construct a trauma narrative that holds developmentally appropriate meaning for both partners” (p. 484). (Legerski et King, 2015)
36.			Within the studies reviewed, participants appeared to make sense of their difficulties within either a medical or psychological discourse, although other studies reflected ways in which the participants moved between these (Brooks and Dallos, 2009). (cité dans Veater, 2016)
37.			This participant appears to have made sense of their difficulties in terms of having a biological basis that is then triggered by environmental factors. Other studies also referred to a physiological basis for the young person’s difficulties with individuals describing precipitants such as use of substances (Cadario, et al., 2011). (cité dans Veater, 2016)
38.			In contrast to a medical discourse, a number of participants made sense of their difficulties using a psychosocial framework. Participants reported a number of events that precipitated the onset of their difficulties, such as divorce or abuse (Brooks et Dallos, 2009; Farmer, 2002; Gilbert et al., 2012; Wisdom et Green, 2004) or illness within the family (Cadario et al., 2011). (cité dans Veater, 2016)
39.			One young person described how their difficulties came about after their boyfriend took his own life (Hill et Dallos, 2011). Another described how theirs began after two family members were diagnosed with Cancer; Mum was also... she was diagnosed like the same day as my nanna, so they both had cancer, so it was a bit of a trigger. (Cadario et al., 2011 p. 97). (cité dans Veater, 2016)
40.			Other participants had not made such explicit links between difficult life events and their current difficulties (Hill & Dallos, 2011). Some participants however struggled to make sense of what was happening to them and to find ways of understanding; It’s kind of confusing, you know that something’s wrong and you try and progress on things, but it’s kind of hard when you know there is something going on in your mind or whatever else, and you try and figure it out or fix it, and its just kind of hard sometimes and confusing. (McCann et al., 2012, p. 337). (cité dans Veater, 2016)
41.			For many young people, an important part of moving forward was about making sense of their experiences and integrating events into their personal narrative (Farmer, 2002; Hill & Dallos, 2011). (cité dans Veater, 2016)
42.			For others, recovery was something that happened once time had passed and was only considered complete once they were symptom free (Simmonds et al., 2014). (cité dans Veater, 2016)
43.			An individual’s understanding of their difficulties was something that appeared to develop over time, although was often a confusing process. Participants began to understand their difficulties within differing frameworks (e.g. medical, psychological).

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		44.	This illustrates how sharing this challenging experience appeared to bring the family together, although the description of being torn apart suggests that at times it may not have felt like the family relationships were going to survive. For Tilly developing a mutual understanding of OCD during family therapy had strengthened relationships and enabled them to work together to fight OCD; Good to hear how everybody else felt, so we could all work together [...] we supported each other backed each other up. (Tilly, 645-652). (cité dans Veater, 2016)
		45.	Alice reflected on the aftermath of her battle with OCD and suggested that the process could be “rewarding” and potentially make you a “stronger better person” (Alice, 1380, 1384). (cité dans Veater, 2016)
		46.	The sense that one’s experience of OCD could facilitate personal growth. (Veater, 2016)
		47.	Helped them make sense of their difficulties. (Veater, 2016)
		48.	Discovering and maintaining meaning in life. (Ward, 2014)
		49.	Gaining Understanding Coming to a new realization about their youths' illness/behavior/treatment and realizing their role as parents in facilitating/blocking their youths' recovery. • About the youth's symptoms • About the youth's diagnosis • About the youth's medication • About the impact/use of their role as parents. (Winbush, 2010)
6.	Ajustement des buts	1.	Re-evaluation (Bonnett, 2016)
		2.	Establishing new short-term goals enabled a ‘reshaping of an enduring sense of self’ (Bonnett, 2016)
		3.	Lam et al. (2010) supported these conclusions as participants in their focus group in Hong Kong considered re-evaluating priorities for living to be more relevant to recovery than a symptom and illness narrative. (Bonnett, 2016)
		4.	In the theme of ‘strengthening of self’ young people re-evaluated their life choices and values by recognising where changes had to be made which led to positive action in moving forwards; “I’m miserable, so things have to change” (p.81, Connell et al., 2015) (cité dans Bonnett, 2016)
		5.	This was evident also in participants suggesting that they followed their goals and activities ‘in spite’ of symptoms of mental illhealth, ‘I haven’t recovered, I’m resilient’ (Henderson et Cock, 2014) (cité dans Bonnett, 2016)
		6.	For many young people, the experience of psychosis presented the opportunity for a re-evaluation of life choices. (Bonnett, 2016)
		7.	Staff work with the young person on what is possible and achievable, thus encouraging a sense of agency – a sense of ‘I can’. Negotiation and compromise is encouraged. (Kaplan et Racussen, 2012)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

173

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		8.	Positive motivation is enhanced by our relentless enthusiasm for helping the young person achieve their goals, and by helping to formulate the goals in as advantageous and attractive way as possible (see also Egan, 2006, pp. 235–239). ‘Coaching’ is used (in our daily ‘community meeting’, in weekly ‘goal-setting groups’ and in ‘key-work’ sessions) to maintain commitment to the goals they have set, and to stay active and positive. (Kaplan et Racussen, 2012)
		9.	Young people’s having explicitly achievable goals means they usually achieve these. (Kaplan et Racussen, 2012)
		10.	Adjustment. Participants stated that, after the onset of mental illness, they had to alter their self-expectations because of the change in their overall ability to function. (Leavey, 2005)
		11.	I’ll never fulfil the expectations I had of myself before (indiscernible) one time, but not now. And I can never ask the same from myself. (N10 Female) (Leavey, 2005)
		12.	Like, my goals used to be set really high, get high marks, go to university. Now it’s just graduate high school and maybe go to college. (N9 Male) (Leavey, 2005)
		13.	Jordan et al. (2013) found professionals using SFBT regarded their patients as already having all the resources they need, defining their own role as supportive in eliciting the individuals’ strengths, and empowering people to articulate these into achievable goals for the future. (Wells, et al. 2016)
		14.	Instead of striving to be a successful student with excellent performance, my meaning of life changed to enjoy the togetherness with my mum. (Yip, 2005)
7.	Développement des forces et habiletés	1.	Development of resilience (Bonnett, 2016)
		2.	Sense of capability (Bonnett, 2016)
		3.	Connell, Schweitzer and King (2014) provided accounts of two young people who associated the hospital experience as one in which independence was necessary instigating a found sense of self as strong and capable following earlier feelings of uncertainty and loss (Bonnett, 2016)
		4.	Henderson and Cock (2014) interviewed thirty young people about factors which were influential to recovery, and within this, recovery processes were referred to as gaining resilience. (Bonnett, 2016)
		5.	This was evident also in participants suggesting that they followed their goals and activities ‘in spite’ of symptoms of mental illhealth, ‘I haven’t recovered, I’m resilient’ (Henderson et Cock, 2014). (cité dans Bonnett, 2016)
		6.	Emphasis on strengths, (Friesen, 2007)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
7.			Successful experiences that help children build skills and feel competent, especially in academic, recreational and social situations; (Friesen, 2007)
8.			Resilience and recovery are intertwined. One mother described the steps she takes to help her 11-year-old son prepare to meet everyday challenges, stating, “Building resilience in my son is an important part of his recovery”; (Friesen, 2007)
9.			(Superordinates themes) Changes after psychotherapy (Main categories) Coping strategies Vulnerability Variation in outcomes measures (Henrisken, 2014)
10.			Well-known stressors of daily life and negative thought traps were recognized, but they were also associated with strength and coping abilities that may increase the participants’ self-efficacy and their expectations regarding their responses: “These thoughts may certainly emerge again, but I know more about what to do or not to do now. (Henriksen, 2014)
11.			Minna explains how learning an instrument in music therapy offered an opportunity to expand her identity to include capacities and skills that she wanted others to see: ‘Like, when I can play like, an instrument, you can like a different side of me. I would look more of, not hip hop-ish, but like, sophisticated, like educated...like I have more in store.’ In coming to the music therapy group, Tim chose to use his newly developed musical skills to connect with other people again, and cultivate a social identity as a guitar mentor: ‘It allows me to maintain that expression and to see into other people’s eyes when they start music as well.’ He later described this as ‘greater sharing’. (Hense et McFerran, 2017)
12.			I’ve noticed in other areas too that I’ve become a bit more, like at the start of my time in this service I was quite reserved and closed off and now I know, now I’m close to my end here, I’ve noticed that I’ve opened up quite a bit...so yeah, I guess also with my music too, it’s become more of a social thing rather than just keeping it to myself. (Hense et McFerran, 2017)
13.			Young people changed their appropriation of the musical symptom from isolated forms that were ‘private’, ‘fragmented’, or ‘disconnected’, to forms of social participation that involved ‘presenting’, ‘tolerating’, or ‘sharing’ their musical identity. (Hense et McFerran, 2017)
14.			It appeared that these were important steps, both in Josh’s ability to share his music to achieve his goal of busking, but also in formulating an understanding about his identity as acceptable to his peers and society more generally. (Hense et McFerran, 2017)
15.			Processes of transitioning musical identity from private to social arenas has been described recently by music therapist Solli (2014) who illustrates the value of fostering musical identities in building upon resources and expanding social networks in recovery. (Hense et al., 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		16.	Recovery focuses on valuing and building on the multiple capacities, resiliencies, talents, coping abilities, and inherent worth of individuals. By building on these strengths, consumers leave stymied life roles behind and engage in new life roles... with others in supportive, trust-based relationships (Hess et al., 2014)
		17.	Intervention can be aimed at educating and discussing meanings that engender health and support resiliency. (Jackson et Lurie, 2006)
		18.	I have abilities and talents. (John et al., 2015)
		19.	Being resilient, (John et al., 2015)
		20.	The recovery framework directs us to invest predominantly in helping patients to discover their resilience and possibilities, promoting conversations which are uplifting and inspiring. (Kaplan et Racussen, 2012)
		21.	Patients/clients need knowledge, skills (Knutson et al., 2013)
		22.	Having a forward focus based on strengths and practising coping and relaxation skills can be very helpful (Knutson et al., 2013)
		23.	Power, agency, self-determination, meaning and purpose, awareness, and potentiality (Lal. 2010)
		24.	Observing and witnessing the therapeutic process of children who have been severely deprived and traumatised, has taught me that the gradual emergence of the capacity to play is a very important milestone in their long, slow recovery. (Lanyado, 2010)
		25.	This was achieved by adapting and learning new skills post-diagnosis in order to respond effectively to social environments. (Leavey, 2005)
		26.	They also seemed to have appropriate insight into their limitations, and could use that knowledge in a positive way, establishing goals, working, or continuing in school. (Leavey, 2005)
		27.	Stick to the friends you have and just open up to them and let them know, you know, this is something I'm going through and it's not normal, we know, and I know, and . . . just try and stick with them, and you know, pursue long-term relationships. (N11 Female) (Leavey, 2005)
		28.	And also what helped in [community youth with mental illness program], was that people are all ages, and I can communicate with people. (N4 Female) (Leavey, 2005)
		29.	Others found out they had strength and sense of resilience (Simmonds et al., 2014; Woodgate, 2006), which resulted in improved self-esteem and confidence; (Veater, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		30.	Participants, however, did express concerns about how they felt they were viewed by others, which affected their decisions to disclose. (Veater, 2016)
		31.	The community as socialization and individual growth (Whitley et al., 2008)
		32.	Thus the community appeared to provide a facilitative environment for the development of social skills, social functioning and social support- all factors known to positively impact on mental health (Brugha, 1995; Cohen et Wills, 1985; Kawachi et Berkman, 2001; Liberman et Silbert, 2005). (cité dans Whitley et al., 2008)
		33.	In this perspective, a person's strengths and his/her will to recovery are the major concern in intervention. (Yip, 2005)
		34.	own strengths as well as to cultivate resources in resolving their own problems (Saleebey, 1997). According to Saleebey (2002, p. 86–88) strengths are: 1. One's personal qualities, traits and virtues that people possess. 2. One's life experiences that teach them how to face difficulties and problems. 3. One's own talents, with which they can demonstrate their uniqueness and unity. 4. Cultural and personal stories and lore which contain profound sources of strength, guidance, stability, comfort or transformation. 5. One's pride and dignity that can drive the individual to change and strive for betterment. 6. Community can embed resources and support within its informal and natural environment. 7. Spirituality that one's transcendence forms their sufferings and hardships (Yip, 2005)
		35.	Under the help of the social worker, A gradually regained her competence to live a normal life (Yip, 2005)
		36.	All these healthy activities and proper social recognition tended to reconstruct A's self-image and self-competence. She was welcomed by schoolmates in the basketball team and art and craft club. (Yip, 2005)
8.	Développement de stratégies	1.	Value of engagement in activity as a contributory factor in the recovery (Bonnett, 2016)
		2.	Meaningful activity (Bonnett, 2016)
		3.	Assimilating the reactions of others and coping with medication and hospitalisation and was one of the first steps towards recovery (Bonnett, 2016)
		4.	Service providers delivered information about treatment and support, such as new coping techniques, which in turn empowered young people to take 'back' some control and begin to employ a range of strategies (Bonnett, 2016)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

177

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		5.	Refer to hopeful activity (Bonnett, 2016)
		6.	Engaging in meaningful activity, defined by Lal et al. (2013) as a diverse range involving both communal activities, going to church and solitary activities, such as individual art-making (Bonnett, 2016)
		7.	Meaningful activity was also used by some young people as a means of processing their experiences and in this way overlaps with making sense of psychosis. (Bonnett, 2016)
		8.	Participants perceived creative activities such as writing and art as meaningful and for creating a space to process their experiences. (Bonnett, 2016)
		9.	Being able to express some of the experiences associated with this time appeared to ameliorate feelings of loss. (Bonnett, 2016)
		10.	Young people felt disempowered, and recovery was delayed, with the absence of meaningful activity. (Bonnett, 2016)
		11.	Meaningful activity as critical to recovery and referred to opportunities for 'normative' activity as part of the development of a framework for understanding the experience of psychosis (Bonnett, 2016)
		12.	Medication was perceived as a challenge, this related to side-effects and perceived loss of control which were detrimental to a young person's sense of self and precluded social inclusion in some accounts (Grealish et al., 2013; Windell & Norman, 2012). (cité dans Bonnett, 2016)
		13.	Being involved in treatment choices and managing medication gave some young people a sense of autonomy and improved coping skills. (Bonnett, 2016)
		14.	Medication was also seen as a measure of recovery, with some young people expressing that they did not feel recovered whilst on medication. (Bonnett, 2016)
		15.	59 % of respondents described medication as supporting their recovery 'a lot' but that the majority of focus group members made negative comments about the effect of medication within their lives. (Bonnett, 2016)
		16.	Help to inform young people (Bruder et al., 2017)
		17.	A variety of adequate and appropriate information sources need to be easily accessible and young people should be encouraged to engage with the decisions made about their care. (Bruder et al., 2017)
		18.	Some young people are choosing to seek health information and advice from the internet and friends rather than healthcare professionals, so it is increasingly important to ensure they are directed to reliable online resources. (Bruder et al., 2017)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		19.	The ability to participate in regular activities, and to be included in community events, is both a sign of recovery, and a means of moving closer to it. (Friesen, 2007)
		20.	During early recovery, young people came to music therapy with desires to use their music to re-engage with everyday social contexts. (Hense et McFerran, 2017)
		21.	With a desire to reconnect their isolated and illness-based identity back to the social world by ‘playing out’ musical identity in the community. A central function of music therapy was therefore to support young people to bridge their musical identity out of the isolated state and back into the social world. Subsequently, young people’s renewed capacity to construct their musical identity through engagement with the social world meant their identity was no longer represented as a reflection of the illness experience. Young people began to foster social musical roles that emerged out of their musical symptoms and became socially integrated, contributing to socially health-based identities. Health-based musical identity roles were built through instrumental occupation such as ‘busking in the streets’ or belonging to ‘guitar groups’. (Hense et McFerran, 2017)
		22.	Young people changed their appropriation of the musical symptom from isolated forms that were ‘private’, ‘fragmented’, or ‘disconnected’, to forms of social participation that involved ‘presenting’, ‘tolerating’, or ‘sharing’ their musical identity. (Hense et McFerran, 2017)
		23.	Studies by Miranda (2012) and Miranda and Claes (2009) further demonstrate how young people’s capacity for using music as an effective coping strategy can be impacted during experiences of depression.
		24.	A meta-synthesis of mental health user’s experiences in music therapy also discusses the ways in which music offers ‘an arena’ for the stimulation and development of positive identity and hope (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Solli et al. (2013) argue these affordances of musical engagement for processing identity directly relate to mental health recovery given the focus on identity and personal meaning making as essential recovery processes (Anthony, 1993; Commonwealth of Australia, 2010). (cité dans Hense et al., 2014)
		25.	The aim of such illness management to significantly reduce the impact of mental disorder as individuals develop strategies to “manage the illness.” (Hess et al., 2014)
		26.	One psychiatric rehabilitation text, for instance, defines recovery as “managing symptoms, reducing psychosocial disability, and improving role performance” (Hess et al., 2014)
		27.	“The person has regained a meaningful role in society, can cope with life’s stresses, and is not considered sick by others around them” (Hess et al., 2014)
		28.	Recovery focuses on valuing and building on the multiple capacities, resiliencies, talents, coping abilities (Hess et al., 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		29.	I'm a firm believer in medication because... I think therapy is good, but it doesn't help if you're not calmed down. . . . You can't talk it out; it's chemical! Like I said... you can't get better without medication. You can talk and talk and talk but you can't get better without, if your chemicals are messed up. (Hess et al., 2014)
		30.	Mental disorder and associated recovery are thus meaning-laden experiences that involve learning and teaching; to achieve these aims, it is understood that substantial personal effort is necessary—with the focus of individual action being the adjustment of personal trajectories. (Hess et al., 2014)
		31.	Another participant spoke of discovering a Web site operated by the National Empowerment Center that discusses the possibility of deep, sustained recovery: (Hess et al., 2014)
		32.	The site is all about is all about recovery, that recovery is real. ... You know, once someone is diagnosed they say "it's a lifetime illness. Lifetime. Never get better." Well, Daniel Fisher says "No, you can get better and you can stay better." And there's wonderful articles on there by different people who have recovered 20 years, 30 years (Hess et al., 2014)
		33.	Recovery does not take place quickly or simply by willpower to "choose to feel differently." Instead, as the true "experts" who have achieved authentic recovery will attest, sustained practice and patient progress over time are almost always necessary. (Hess et al., 2014)
		34.	Intervention can be aimed at educating and discussing meanings that engender health and support resiliency. (Jackson et Lurie, 2006)
		35.	Treatment programs need to not only guide youth through the difficult emotional terrain that often accompanies their drug use, but must teach them relational, educational, and other life skills to support their recovery. (Jainchill et al., 2005)
		36.	In personal and social identity and in managing problems. (John et al., 2015)
		37.	Increased perception of one's abilities. (John et al., 2015)
		38.	New problem-solving skills may be learned. It will be for the young person, who needs these skills to expand their repertoire of coping and improve their chances of success, to choose to learn these new ways of doing (or thinking about) things.
		39.	This also applies to our and their relationship with medication whenever possible – we tell them about other young people whose similar problems were ameliorated by taking medication, and connote medication as an option they can choose, on trial, to see if it will work for them. Taking medication then, as a way of coping, is made an active, responsible choice, rather than something they are made to do. (Kaplan et Racussen, 2012)
		40.	Participating in other activities related to recovery (i.e., AA, referral follow-through). (King et McChargue, 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
41.			To learn new ways of thinking and behaving, we are fighting the urge to return to unhealthy coping mechanisms and our sense of self can be pretty fragile if we have been labelled by our illness for some time (Knightsmith, 2017)
42.			Be aware of warning signs Working with young people to identify the warning signs that might indicate that their recovery is slipping is a hugely helpful thing to do—again this should be done at a time when things are going relatively well and they are motivated in their recovery. By working together we can identify signs, specific to them, that can act as an early warning system. The easiest way to do this is to look backwards. (Knightsmith, 2017)
43.			Wellbeing Action Plan If you are working with a pupil who is in the early stages of recovery, a positive exercise can be to complete a wellbeing action plan with them. Inspired by an evidence-based practice developed by Dr Mary Ellen Copeland for adults in the US, wellbeing action plans (see Further information) are a simple way for you and your pupil to walk through warning signs, triggers, healthy coping strategies and sources of support. This approach can be used either as a preventative or a supportive tool and provides a tangible framework in a physical booklet that the pupil can keep for future reference. (Knightsmith, 2017)
44.			Security, support/ managing symptoms (Knutson, 2013)
45.			Education for selfmanagement can move patients forward to improve health and healing on their recovery journey. (Knutson, 2013)
46.			Components of nursing care for psychiatric patients of all ages include education aimed at improving patients' understanding of their treatment plan, to show them how to get help and support, and to develop ways of coping with their psychiatric illness. (Knutson, 2013)
47.			Patients/clients need knowledge, skills and coping strategies to help relieve symptoms and manage stress to rejoin their unique place in our world. (Knutson, 2013)
48.			Support/Managing Symptoms Patient/client will: Understand psychiatric illness, treatment options and how to manage symptoms Use medications consistently and safely - Verbalize support from treatment team Make healthy lifestyle changes to help prevent illness. (Knutson, 2013)
49.			Coping Patient/client will: Develop personal coping strategies for self-management, mindfulness and stress reduction Cope with feelings of depression, anxiety, frustration or anger Recognize distorted thinking Look forward instead of backward during recovery. (Knutson, 2013)
50.			Empowerment is possible through education and understanding that having more control over their illness means taking responsibility, problemsolving and becoming an active part of their healthcare team. (Knutson, 2013)
51.			Patients can become more self-aware and recognize triggers for their mood changes or behaviour problems. (Knutson, 2013)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		52.	Seeking information and learning can be a way of coping. (Knutson, 2013)
		53.	Having a forward focus based on strengths and practising coping and relaxation skills can be very helpful. (Knutson, 2013)
		54.	Meaningful activity (Lal, 2010)
		55.	Coping
		56.	Meaningful participation in basic and instrumental self care activities (e.g., symptom management, cooking, transportation, financial management). (Lal, 2010)
		57.	Meaningful participation in employment, education, leisure or other related activities (Lal, 2010)
		58.	Medication. Adaptation involved specific coping strategies such as taking medication regularly. The majority of the participants stated that medication was a critical factor in addressing their “disorganized thoughts” (N2, Male). In fact, all the participants stated this as the number one method of maintaining mental stability and a sense of self-control, even if they did not particularly like taking the medication. The sooner on the medication, the faster the medication will help you and it’ll help you right away and you’ll stop getting the thoughts. (N13 Female). (Lal, 2010)
		59.	Asking for Help. Respondents felt that a key coping strategy was gaining a sense of insight into their own mental states by being cognizant of symptoms and knowing when to seek help. I would tell you that if you think there’s something different about you than before, or if someone notices anything different about you, that you should go to a doctor, talk to him, he or she, and if he or she agrees that there might be a slight chance of something wrong, then do as the doctors say and go see a psychiatrist. (N7 Female). (Lal, 2010)
		60.	The Right Medication. Three females and four males said that being on and staying on the right medication was key in helping them remain stable. [You] must remember to take medication that is right for you and speak up to get it changed if it is not. (N4 Female) You need meds... listen to the psychiatrist and take the meds... but before you take the meds, ask if there is side effects to the medication and what’s it for, and ask what is your diagnose [sic]. And don’t be afraid to ask questions, because it’s really important. It’s always important ‘cause you know for yourself what’s going on. And so then, after knowing all that information, if you need it, then you take the medication because you know it’s going to help you. It’s going to stabilize you. (N7 Female). (Lal, 2010)
		61.	Was close to my social worker. She gave me a lot of ... she actually was more of a psychiatrist to me. She’s the one that asked me, “Well, why do you think you do this?” or “Maybe you do this ‘cause of this.” She gave me a lot of coping strategies to deal with my anxiousness [sic], like she would like, tell me to list all the characteristics, good characteristics, what I like about myself and focus on those. Like what are the good characteristics I have. (N13 Female). (Lal, 2010)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		62.	The participants experienced mental illness as a biological and social process from which one needs to develop strategies to recover. (Lal, 2010)
		63.	Learning new bio-psychosocial coping skills is required. These include accepting medication in order to maintain stability, gaining an ability to recognize symptoms and ask for help, and learning how to create positive changes in social relationships. (Lal, 2010)
		64.	Participants stated this was accomplished by regaining some social reintegration and by identifying strategies needed to maintain a state of recovery. Strategies included volunteering, having the right therapist, having a good doctor, family support and being on the right medication. (Lal, 2010)
		65.	In addition, psychological first aid incorporates an ecological perspective that acknowledges the importance of meeting survivors immediate needs, fostering a reintroduction of normalizing activities, offering a safe and comforting environment, and making connections with social support (Brymer et al. 2008). (cité dans Legerski et King, 2015)
		66.	Fostering a reintroduction of normalizing activities. (Legerski et King, 2015)
		67.	The teaching recovery techniques intervention (TRT; Smith, Dyregrov, et Yule, 2000) aims at creating safety and feelings of mastery, and incorporates trauma-related psychoeducation, CBT methods, coping skills training, and creative-expressive elements such as dream work and drawing (Qouta et al., 2012)
		68.	In addition, participating in religious activities may reduce the possible effect of stressors and help youth improve coping skills, thus mitigating the impact of negative life events on recovery progress. (Unlu et Sahin, 2016)
		69.	Participants spoke about factors that were important in helping them find a way to manage their symptoms, such as supportive peer relationships (MacDonald et al., 2005) the right medication, and support from professionals within mental health services (Leavey, 2005). (cité dans Veater, 2016)
		70.	Participants who felt they had regained some level of control over OCD spoke of a sense of increased knowledge with regards to self, and a level of personal growth following their experiences. (Veater, 2016)
		71.	‘managing symptoms’ (Ward, 2014)
		72.	Medication (Yip, 2005)
		73.	Vocational activity (Yip, 2005)
		74.	I regained my competence to cope with frustrations by sharing these with my mum. I drew cartoons when I felt bored. We learned to cook some good food to eat when we were in times of sadness and anger (Yip, 2005)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

183

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		75.	All these healthy activities and proper social recognition tended to (Yip, 2005)
		76.	She was welcomed by schoolmates in the basketball team and art and craft club. (Yip, 2005)
9.	Processus de changement	1.	A substantial proportion of participants (30 %) experienced a depressive recurrence, with onset occurring a median of 4 months after recovery was achieved. (Birmaher et al., 2000a)
		2.	Important in their unique recovery journey (Bonnett, 2016)
		3.	Young people established a new direction following their experiences of psychosis (Bonnett, 2016)
		4.	Moving forwards: recovery (Bonnett, 2016)
		5.	Process of recovery (Bonnett, 2016)
		6.	Moving forwards (Bonnett, 2016)
		7.	In a new direction (Bonnett, 2016)
		8.	A process which happened through gaining some control over treatment choice and having access to information specifically written for young people (Grealish et al., 2013). (cité dans Bonnett, 2016)
		9.	How agentic participants considered themselves or identified specific ways pathways. (Bonnett, 2016)
		10.	Within moving forwards participants referred to making ‘better choices’ following their experience of psychosis (Bonnett, 2016)
		11.	Recognising where changes had to be made which led to positive action in moving forwards; “I’m miserable, so things have to change” (p.81, Connell et al., 2015). (cité dans Bonnett, 2016)
		12.	Recovery processes (Bonnett, 2016)
		13.	There is also acknowledgment of the future possibility of mental ill-health; ‘I do keep in mind I have a mental health concern, so I don’t want to over burden myself’ and the need to pace activity to maintain well-being (Henderson & Cock, 2014). (cité dans Bonnett, 2016)
		14.	Progression to recovery was not a linear process (Bonnett, 2016)
		15.	Rather a process of negotiation and assimilation of experience and challenge into a new, reconnected or ‘re-shaped’ identity. (Bonnett, 2016)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		16.	Need to make some sense of the experience in order to be able to move forwards with a recovery journey. (Bonnett, 2016)
		17.	Successful progression through developmental tasks occurs in a social context (Bonnett, 2016)
		18.	Personal recovery in mental health as being both an individual and personal process (Bonnett, 2016)
		19.	Both internal conditions (the attitudes, experiences, and change processes of individuals) and external conditions (circumstances, events, policies, and practices) produce the process called recovery. (Friesen, 2007)
		20.	New experiences and different ways of thinking may be important for getting a better life. (Henriksen, 2014)
		21.	Reflections about recovery extend far beyond symptom reductions (positive and negative), global functioning, and goal achievement. The participants also questioned whether their life had become more personally fulfilling and socially productive and whether they had managed to make desired changes in their lives. (Henriksen, 2014)
		22.	Recovery among the respondents was generally understood as an ongoing process of change and a way of living. (Henriksen, 2014)
		23.	Their pathways to recovery were rarely predictable (Henriksen, 2014)
		24.	Recovery process. (Hense et McFerran, 2017)
		25.	The process of recovering musical identity. (Hense et al., 2014)
		26.	Experiences of these changes formed a process of recovery of musical identity in which musical experiences of pathology in acute illness were bridged through processes in music therapy into social wellbeing in later recovery. (Hense et al., 2014)
		27.	Presenting was sought through busking on instruments in the streets or starting online music blogs. One young woman played on the public pianos in the city. These processes appeared to be about presenting the musical identity to the public as a means of finding belonging within a broad cultural context. (Hense et al., 2014)
		28.	Young people who experience musical symptoms during illness, recovery of musical identity is a critical part of their overall recovery process. (Hense et al., 2014)
		29.	By building on these strengths, consumers leave stymied life roles behind and engage in new life role (Hess et al., 2014)
		30.	Rather than just a nice way to “keep going” during treatment, the point here is that the healing process may somehow require this kind of hope, seemingly in order to catalyze the energy and actions needed to secure it. (Hess et al., 2014)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		31.	This woman went on to reflect: “One of the things that I’ve learned since then... is that you can never predict the recovery of another individual” (Hess et al., 2014)
		32.	In our experience, it is more realistic, at least initially, to think in terms of moments of anti-anorexia/bulimia clarity rather than a once-and-for-all realization . . . [and] subsequent unwavering rejection of it.” They go on to speak of a “back-and-forth rhythm of recovery” that comes in waves (pp. 92, 185; see also Barker, 2008). (Hess et al., 2014)
		33.	I was reminded that recovery isn’t ever going to be something straightforward—there will always be ups and downs and that’s normal. (Higham et Martynchuk, 2016)
		34.	A couple of months ago I found an open bottle of whiskey in my son’s room. He swore it had been in his room prior to treatment; he just never got rid of it. I know better, because I checked his room very, very well. After fighting about it and speaking about in a family therapy session, I decided to let it go. If he relapsed, then he relapsed. (<i>First Person Recovery: A Mother’s Love is Indeed Unconditional</i> , 2005)
		35.	Admission to psychiatric hospital as part of the process of recovery is inevitable. (Kaplan et Racussen, 2012)
		36.	Accept that recovery is never perfect Our expectations around recovery also need to be realistic. No matter how mentally well they are, nobody has a good day every day, and the same is true for those of us in recovery from a mental illness. There will be bumps in the road. We need to acknowledge and prepare for this likelihood and recognise blips in recovery for what they are small hurdles to overcome along the journey rather than a return to the start line. (Knightsmith, 2017)
		37.	Understand the importance of blips Not only are blips inevitable, they are important. Being able to prepare for and overcome setbacks in the recovery process while in a supportive environment can help the pupil become more self-aware and more able to manage subsequent difficulties. In future they may face similar struggles when they no longer have the immediate support of school, family or friends and it is important that they can recognise warning signs early and learn to respond positively in order to maintain their wellbeing long-term. (Knightsmith, 2017)
		38.	We believe that recovery from mental illness is possible, but that the process takes place in a series of small steps. (Knutson et al., 2013)
		39.	Transformation (Lal, 2010)
		40.	I’ve made completely new friends. My old friends, I don’t keep in touch with very much, because I deal with it, that’s part of my past, and I don’t really want to be part of it. (N9 Male) (Leavey, 2005)
		41.	The participants accomplished this process (Leavey, 2005)

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
42.			In the end... life is... like, just knowing that yesterday, like... I can't change yesterday, because that's like yesterday. It's over. I'm too old for yesterday and too young for tomorrow, so I'm living now. And I have to make tomorrow... (N1 Male) (Leavey, 2005)
43.			The process of resolving (Moberg et Finch, 2007)
44.			'Finding a Way Forward' (Veater, 2016).
45.			This seeks to describe the processes and ideas participants spoke of in relation to recovery. (Veater, 2016).
46.			Recovery was viewed by some as a process that waxed and waned (Farmer, 2002; Meadus, 2007; Simmonds et al., 2014; Woodgate, 2006). (cité dans Veater, 2016).
47.			Reported how participants used a variety of different factors to monitor the ups and downs of their recovery process. This included the prevalence of symptoms, levels of anger and weariness, changes in school grades, changes in and amounts of medications, and reconnecting with others and their faith. (Veater, 2016).
48.			Acceptance and finding a way to live with the difficulties was voiced by participants in a number of studies as an important part of moving forward (Cadario et al., 2011; Meadus, 2007; Simmonds et al., 2014; Woodgate, 2006). (cité dans Veater, 2016).
49.			Others recognised changes would have to be made to their lifestyle or relationships (MacDonald et al., 2005; Meadus, 2007). One participant voiced how their view of the world now differed following a psychotic episode; Since I've become psychotic and that, all my views have changed. I view the world differently now. I look at things differently than I used to...I don't want to get back into that lifestyle that I lived before [...]. (MacDonald et al., 2005, p. 137). (cité dans Veater, 2016).
50.			For many young people, an important part of moving forward was about making sense of their experiences and integrating events into their personal narrative (Farmer, 2002; Hill et Dallos, 2011). This was a process that for some was undertaken in therapy (Simmonds et al., 2014), or through contact with mental health services (Welsh et Tiffin, 2012) and often helped them develop a different understanding of self. For others, recovery was something that happened once time had passed and was only considered complete once they were symptom free (Simmonds et al., 2014). (cité dans Veater, 2016).
51.			There needs to be further discussion about how adolescent recovery is a deeply social process (Topor et al. 2011) (cite dans Ward, 2014)
52.			Physiological change Empowerment and control over one's life Profound physiological change that could have significant implications for later life (Sisk and Foster 2004, Spear 2000). (cite dans Ward, 2014)

Tableau des extraits reliés aux caractéristiques du concept

187

#	Nom de la caractéristique	#	Extraits reliés (source)
		53.	Help-seeking processes (Winbush, 2010)

ANNEXE C. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX ANTÉCÉDENTS

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
1.	La présence du TSM		
1.			Psychosis has been defined as a set of behaviours which include both process, such as hearing or seeing things not heard or seen by others, and content, such as holding delusional beliefs, and either experienced as one episode or reoccurring over time (American Psychiatric Association, 2013; Rethink Mental Illness, 2014). A common experience which fits with this definition is hearing voices, or believing that you are under surveillance. Statistics presented by Rethink Mental Illness (2014) suggested that approximately one in a hundred people will experience psychosis with eight out of ten of these experiencing this for the first time between the ages of fifteen and thirty years. (Bonnett, 2016)
2.			For these young people, the experience of psychosis (Bonnett, 2016)
3.			This was also consistent with research by Romano et al., (2010) in which participants identified their lives prior to psychosis as stressful. (Bonnett, 2016)
4.			Psychosis (Bonnett, 2016)
5.			This period seemed characterised for some young people by loss of a sense of self and uncertainty about the future and was identified by Henderson and Cock (2015) as the ‘basic psychological problem’ of psychosis. For some young people this period led to thoughts of suicide and a sense of hopelessness (Gearing et al., 2014; Romano et al., 2010).
6.			Life before psychosis (Bonnett, 2016)
7.			Psychosis is a term used to describe unusual experiences which may include hearing voices (sometimes termed hallucinations), holding beliefs that are not commonly held by others (delusions) and is often characterised by a sense of confusion (British Psychological Society, 2014; Rethink Mental Illness, 2014). A first episode of psychosis (FEP) usually occurs between the ages of 15 years and 30 years (Rethink Mental Illness, 2014).
8.			Throughout the recovery literature, hopelessness is associated with anxiety and depression (Schrack, Bird, Rudnick, et Slade, 2012). (cité dans Bonnett, 2016)
9.			People with mental health problems (Grealish et al., 2016)
10.			Those with mental illness (Hense et al., 2014)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
11.	Isolated musical identity during stages of acute mental illness. Expressions of the isolated musical identity manifested as ‘musical symptoms’; where young people could detail one or more musical symptom that aligned with aspects of primary or secondary diagnosis, but were not necessarily indicative of their complete diagnosis. The concept of ‘musical symptoms’ interprets the data to suggest that young people’s subjective changes in experiences of music during acute illness were expressions of their pathology. (Hense et al., 2014)		
12.	Three categories of musical symptoms appeared to align with three different areas of pathology: ‘privatised musical symptoms’ experienced by those with mood symptoms; ‘fragmented musical symptoms’ experienced by those with borderline personality disorder traits of interpersonal difficulties and identity instability; and ‘disconnected musical symptoms’ experienced by those with psychotic symptoms. (Hense et al., 2014)		
13.	Privatised musical symptoms associated with depressed mood in acute illness. These privatised musical symptoms were characterised by substituting the social qualities of life with music; by turning to music as a surrogate friend and musically nurturing the self in private rather than seeking social support. (Hense et al., 2014)		
14.	Musical egocentricity was experienced as a heightened sensitivity and intensely personal experience of being music. These young people described experiences of profound acceptance and understanding in music in ways that went beyond what was possible in human interaction. Others found special meaning in music, or held special connections to artists in forms of musical delusions. Musical egocentricity offered an expansive musical experience of an intensely pleasurable and highly individualised nature. With these experiences, young people described no longer feeling a need for social interaction when music provided an all-encompassing sense of gratification. One exception to this pleasure, was a young woman’s experience of musical delusions that although initially created a heightened sense of being ‘special’, lead to intense paranoia and subsequent disconnection from the social world in fear for her life. (Hense et al., 2014)		
15.	During my stay at the first hospital, in which I was treated for anorexia. (Higham et Martynchyk, 2016)		
16.	I was suffering with not only anorexia but also from severe depression and anxiety. (Higham et Martynchyk, 2016)		
17.	Anorexia gave me a false sense of control and acted as a coping mechanism for my depression and anxiety. (Higham et Martynchyk, 2016)		
18.	A young man tried to cope with the fact that he was hearing voices by turning up the volume of his music system. Ultimately it was his disturbing his parents’ and neighbours’ sleep that led to his hospitalisation (Kaplan et Racussen, 2012)		
19.	In treating youth who are experiencing early signs of psychosis, the author has observed the challenge of applying the recovery concept. An important first step in applying the recovery concept entails that an individual accept having an illness to recover from or be in recovery in, otherwise referred to as insight. (Lal, 2010)		
20.	Getting the Correct Diagnosis Recognizing a mental health problem was often an extended process, which is not congruent with an accurate or timely diagnosis. (Leavey, 2005)		

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
21.	They got a psychiatrist to talk to me, and he thought there might be a slight chance that I, that I am sick or something. So he diagnosed, he thought I was schizophrenic. And I took medication. Then after I got discharged from the hospital and I went back home and I went to see a psychiatrist, another psychiatrist, and I got another diagnosis . . . and from that moment on I took the medications and got diagnosed again. (N7 Female) My doctors didn't know what all was going on with me, because all I have, a lot of things together, they didn't find, for one year they didn't find what it was. (N10 Female) . . . at first the doctors thought that I was schizophrenic, but then they said no, and then they said I had dissociate disorder...and then after, they said, "No, that's not it either." And then I went to [name of hospital] and my doctor...now, says that I have bipolar, so that's how I got my...my diagnosis, as being bipolar. Yeah. (N7 Female). (Leavey, 2005)		
22.	Their process of becoming mentally ill. (Leavey, 2005)		
23.	They also described problems getting a diagnosis, which in turn caused delayed early intervention. (Leavey, 2005)		
24.	Participants who experienced anxiety and depression (Veater, 2016)		
25.	For some, a diagnosis provided relief as it meant that their difficulties were understood by professionals, that other people had similar difficulties, and that mental health services would be able to help (Welsh et Tiffin, 2012; Wisdom et Green, 2004). (cité dans Veater, 2016)		
26.	Some participants described how they had experienced problems in getting an accurate and timely diagnosis. (Veater, 2016)		
27.	For others, receiving a label for their difficulties came as a shock and was a distressing experience (Leavey, 2005) (cité dans Veater, 2016)		
28.	Living with OCD (Veater, 2016)		
29.	Demonstrated the way OCD became a barrier (Veater, 2016)		
30.	I had panic attacks before and I would get really anxious over loud noises and claustrophobias and stuff [...] So then at school it would be really difficult. (Veater, 2016)		
31.	OCD appeared to be experienced by all but one of the participants (Oscar), to be powerful and all consuming. Participants lacked control and were left with no option but to adhere to the demands of OCD. (Veater, 2016)		
32.	In other accounts participants reported that they "have to" (Alex, 145), "I was having to do things for longer" (Tilly, 331-332). (Veater, 2016)		

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
2. Période marquée par des pertes			
1.	Within the accounts presented, experiences prior to psychosis were two-fold. In ‘loss of self’ the focus was directed to the past when the young person considered themselves to have greater respect from others and greater independence, “[I’m] having to rely on other people more” (Bonnett, 2016)		
2.	For many, loss and uncertainty was the experience of psychosis and rather than a main theme, these were implicit in many of the comments as young people moved from life before psychosis towards making sense of psychosis. This period seemed characterised for some young people by loss of a sense of self and uncertainty about the future and was identified by Henderson and Cock (2015) as the ‘basic psychological problem’ of psychosis. For some young people this period led to thoughts of suicide and a sense of hopelessness (Gearing et al., 2014; Romano et al., 2010). (cité dans Bonnett, 2016)		
3.	The sense of loss experienced by these young people related to a belief of insanity, loss of hope and general uncertainty about what was happening. (Bonnett, 2016)		
4.	Within this research, feelings of loss and uncertainty were characterised by confusion, losses of a sense of self, hope, valued activities and motivation. Impaired reflective function, described by Braehler and Schwannauer (2012) as ‘the ability to infer one’s own and others’ mental state’, threatened the developmental process of individuation as young people experienced uncertainty of living independently; ‘I’m not looking forward to it [growing up] that much, I’d rather stay at home all the time...I did want to move out...last year, before I got ill’ (Braehler & Schwannauer, 2012, p.60) (cité dans Bonnett, 2016)		
5.	Linking to life before psychosis, several papers identified loss of friendships (Bonnett, 2016)		
6.	Apparent across this literature was the acknowledgement of a life before psychosis, a period of loss (Bonnett, 2016)		
7.	With privatised musical symptoms the isolated musical identity appears to have existed in young people’s acute awareness of their social context yet was protectively kept separate and treasured as a private personal resource that in turn, perpetuated isolation. (Hense et al., 2014)		
8.	People with mental health problems often experience poor levels of social adjustment, difficulties with interpersonal relationships, and have problems forming adequate supportive social networks (Brenner et al., 1994; NICE, 2009; Roder, Mueller, et Schmidt, 2011; Weissman, Markowitz, et Klerman, 2007). (cité dans Grealish et al., 2016)		
9.	Social withdrawal (John et al., 2015)		
10.	Loss of Identity Loss of identity in this context was a sudden descent into a sense of self foreign to what they formerly knew; in some cases a complete loss of knowing the self occurred. It was now difficult to see themselves outside the illness. One male felt very self-critical and self-deprecatory because of not being “normal” anymore. (Leavey, 2005)		

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
11.			The safety of waking up and “knowing who you are” which most people take for granted had suddenly vanished. (N4 Female) (Leavey, 2005)
12.			Identity. I don’t . . . I can’t really settle on what I am [since getting the illness] (Leavey, 2005)
13.			Well, if I didn’t have this thing [mental illness]. Like, wrong with me. . . . I would be like a normal kid. (N2 Male) (Leavey, 2005)
14.			Loss of Independence Some respondents indicated that they were still dependent on their families. Perhaps one of the most significant effects of the illness for respondents was the continued or extended dependence on family for housing, financial support, and emotional support. This dependence, at their age and stage of life, reduced their optimism about their (future) independence. (Leavey, 2005)
15.			I always want to move back in [to my parents house], but I’m too old, I should be independent by now. (N5 Male) (Leavey, 2005)
16.			Ninety per cent . . . I’m very dependent on my family. I don’t like being away from them for more than two days. I depend on them for a lot, like, you know, to pay my ODSP, to tell them, I have to report how much I make from my café, to the ODSP, and my mom always has to remind me which, like, to get it into the government before a certain day, you know, like, your apron’s downstairs, or you know, like reminders. Like, it’s like she has two heads, one for herself and one for me, and I feel bad, because I know that shouldn’t happen, shouldn’t be that way. But I’m just more dependent. (N13 Female) (Leavey, 2005)
17.			Loss of Academic Functioning Four respondents mentioned that they wished they could have continued in the schools that they were attending pre-diagnosis. Participants were very concerned that their scholastic career had been interrupted and wished that their education had not been so adversely affected by the mental illness. Most participants were still struggling to finish high school at an age when most young people without a mental illness would either have been in a university or college program, and/or be employed. (Leavey, 2005)
18.			Loss of Family Status Mental illness had negative effects on the family of origin. Two females and three males found that their families treated them differently after they were diagnosed. Another participant stated that his family members were more careful around him when discussing a potentially difficult situation. (Leavey, 2005)
19.			[They] treat me differently since I got diagnosed with an illness. I think subconsciously, yeah. They don’t realize it either, because they’re overprotective. They want me home by a certain time. (N2 Male) (Leavey, 2005)
20.			Loss of Friends Generally, the diagnosis seemed to have a negative effect on participants’ friendships. (Leavey, 2005)
21.			This category involves the process of experiencing multiple losses of one’s former sense of self or social identity. Participants in this stage experienced losses surrounding identity, independence, intellectual functioning, family status, and social standing, with subsequent interruptions in sexuality and career development. Participants described feeling unable to participate fully with their typical peers in age-appropriate activities, such as dating and making career/education choices. (Leavey, 2005)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
22.			Concealed Distress and Difficulties' encapsulates the way in which young people internalised their distress and kept it hidden from others. At times, this resulted in their difficulties not being identified until they were either disclosed or unable to be kept hidden any longer, sometimes resulting in a delay in them gaining support. (Veater, 2016)
23.			I think I eventually told my mum what happened. I didn't want to tell anyone else, yeah I think I eventually told them what I was feeling and stuff. (Veater, 2016)
24.			There appeared to be many reasons for the young person's distress being concealed. At times it may have been internalised because it was too difficult to communicate it with others (Hill et Dallos, 2011). (cite dans Veater, 2016)
25.			However, at other times the participants hid their distress and difficulties as they were concerned about how others would respond (Shaw et al., 2009). (cité dans Veater, 2016)
26.			Sense of shame was a reason for the participants to conceal their difficulties (Simonds et al., 2014). (cité dans Veater, 2016)
27.			For some young people, loss of connection was a result of mental health difficulties and appeared to be about navigating risk or avoidance of burdening others (Veater, 2016)
28.			At other times, connecting with others was just too overwhelming, and withdrawal was the only way to manage these feelings (Farmer, 2002; Macdonald et al., 2005; McCann et al., 2012; Meadus, 2007) (cité dans Veater, 2016)
29.			Participants who experienced anxiety and depression experienced what Simonds and colleagues (2014, p. 293) described as a "diminishing interpersonal world". Participants withdrew from relationships (McCann et al., 2012) and demonstrated a preference for being alone (Meadus, 2007; Shaw et al., 2009). The cost of this disconnection was the participant often feeling lonely or unloved (Farmer, 2002; Midgley et al., 2015; Shaw et al., 2009), whilst others described feeling as though they were "unknown to others" (Shaw et al., 2009. p 176). (cité dans Veater, 2016)
30.			For others, the loss of connection precipitated their difficulties and was due to living in isolating environments, which lacked safety and affection and did not facilitate the participant maintaining connection with others (Farmer, 2002; Gilbert et al., 2012) (cité dans Veater, 2016)
31.			Feeling of Difference' represents the sense of difference that participants experienced due to living with mental health difficulties. It includes the experience of difference in relation to self, and the impact on the young person's identity, as well as feelings of difference in relation to others. (Veater, 2016)
32.			Changes in an individual's sense of self following the onset of their difficulties was also apparent in other studies (Meadus, 2007; Leavey, 2005). This often contributed to a sense of loss of the self they once knew (Woodgate, 2006) or a disruption in the way the participant related to themselves (Simmonds et al., 2014; Wisdom et Green 2004); (cité dans Veater, 2016)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
33.			A 'Feeling of Difference' was also apparent for one person in the way they were compared to their siblings, leading to a sense that they were not loved as much (Farmer, 2002). Similarly, one participant described being treated differently to siblings and how this left her feeling like an outsider (Gilbert et al., 2012). (cité dans Veater, 2016)
34.			Individuals describing a sense of not being wanted or not fitting in with their families or friends. (Veater, 2016)
35.			Loss of relationships (Veater, 2016)
36.			Problems with education (Veater, 2016)
37.			Low self-esteem and confidence and changes to sense of self (Veater, 2016)
38.			There are areas of commonality experienced by young people with mental health conditions, such as the experience of stigmatisation and relationship difficulties. (Veater, 2016)
39.			This theme captured the way in which living with OCD changed the young person's relationships, both with self and others. (Veater, 2016)
40.			OCD changed the sense of who they were, leaving them feeling different to others. (Veater, 2016)
41.			Leading the young person to feel a sense of embarrassment or shame. Alice described feeling a sense of difference with regard to the severity of the OCD she experienced, which culminated in her requiring specialist treatment (Veater, 2016)
42.			I was like ooh I'm special but obviously it's not something to be proud of. (Veater, 2016)
43.			It demonstrated the way OCD became a barrier to meaningful relationships for the majority of participants. For most this was due to the time consuming nature of rituals which made engagement with others difficult, and at times impossible. This ultimately impacted on their availability to others, and led to a sense of isolation from their family and peers, as is evident here. (Veater, 2016)
44.			OCD impacted on and changed the relationship participants had with their parents. Emily, Alice and Tilly spoke of the shift of their parents into the role of carer due to the debilitating nature of their difficulties; for example having to have their parents with them whilst they carried out daily activities such as showering or brushing their teeth. This change in role may bring about a sense of loss for both parent and child or contribute to a feeling of burdening others due to their difficulties; I feel sorry for them because they have to deal with me, and it's quite hard...but my mum's really good because she became my full time carer. (Emily, 147-148) (Veater, 2016)
45.			The perceived impact of this was that OCD prevented participants from doing the things they valued and began to affect their identity (see 'The Monster Within'). (Veater, 2016)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
		46.	The impact on self-esteem and confidence is evident in the following; Useless, dirty, ... you feel quite embarrassed about yourself. (Veater, 2016)
3.	Période de crise et de stress		
		1.	Tan et al., (2014), identified a main category of recovery as ‘the effects of past experience’ with distressing and stressful life events culminating in psychosis-related symptoms. For these young people, the experience of psychosis appeared as a catalyst for change opening up possibilities. This was also consistent with research by Romano et al., (2010) in which participants identified their lives prior to psychosis as stressful. (Bonnet, 2016)
		2.	Within this research, feelings of loss and uncertainty were characterised by confusion, losses of a sense of self, hope, valued activities and motivation. (Bonnet, 2016)
		3.	Mark experienced drug induced psychosis and this period of his life sounded lonely and confusing without any particular hope. Mark described a period of loneliness when he went into hospital. (Bonnet, 2016)
		4.	I did not understand what was going on (Henriksen, 2014)
		5.	Did not understand what was going on (Jackson et Lurie, 2006)
		6.	A period of intense distress (John et al., 2015)
		7.	My son seems to be having a very difficult time finding his “place in life” right now. I asked him if he felt “lost in life” and he said yes (<i>First person recovery: A mother’s love is indeed unconditional</i> , 2005)
		8.	In three of the nine studies highlighting the theme of ‘Concealed Distress and Difficulties’, the concealment of distress led to a delay in seeking help. This appeared to be because the young person’s situation had deteriorated to a point where they were no longer able to conceal their difficulties, and had reached crisis point (Brooks et Dallos, 2009; Cadario et al., 2011; Farmer, 2002). (cité dans Veater, 2016)
		9.	At times, this awareness was quite sudden and is linked with the aspect of reaching crisis point. (Veater, 2016)
		10.	For others, receiving a label for their difficulties came as a shock and was a distressing experience (Leavey, 2005). (cité dans Veater, 2016)
		11.	Additional difficulties came from trying to escape emotional distress. Farmer (2002) talks about this within their theme of ‘Continuum of Escape from Pain’ which encapsulates how participants seek escape from their difficulties in a variety of ways ranging from harmless temporary escapes (e.g. isolation, distraction through intensive involvement in activities) to potentially permanent ones (e.g. suicide attempts). (Veater, 2016)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
12.			This was reflected in other studies where participants reported engaging in sexually promiscuous behaviour and substance abuse as a way of coping, and also contemplated suicide (McCann et al., 2012; Midgley et al., 2015). (cité dans Veater, 2016)
13.			For some young people, hurting themselves was identified as a way of coping and as a way of managing the distress they experienced (Hill et Dallos, 2011; Gilbert et al., 2012). (cité dans Veater, 2016)
14.			For some this led to thoughts or acts of self-harm; ... I was I started to hit myself more ... and I was getting more teary and more sort of frustrated and yeah my rituals were just getting generally worse so I was having to do things for longer. (Veater, 2016)
4. L'acceptation de son diagnostic			
1.			Include accepting that there is a problem, committing to change and focusing on strengths rather than on weaknesses or the possibility of failure. (Knutson et al., 2013)
2.			Accepting ones illness and gaining insight into the current situation can lead to more positive thinking, finding a sense of meaning in life, and reflecting on life's purpose. (Knutson et al., 2013)
3.			In treating youth who are experiencing early signs of psychosis, the author has observed the challenge of applying the recovery concept. An important first step in applying the recovery concept entails that an individual accept having an illness to recover from or be in recovery in, otherwise referred to as insight. (Lal, 2010)
4.			Participants felt that a key aspect of adaptation was learning how to accept their mental illness and start learning how to deal with this new reality. (Leavey, 2005)
5.			Accept yourself. Still a person, you can do whatever you want, it doesn't matter what mental illness you have or ... let your life, you can still do it. (N9 Male). (Leavey, 2005)
6.			Some still felt a sense of loss, but had accepted a new or changed state and wanted to move on with their lives. (Leavey, 2005)
7.			Participants described moving to a place of acceptance about having a mental illness. This helped them to adjust to their new realities and start looking for ways to move beyond the illness. (Leavey, 2005)
8.			Simonds and colleagues (2014) however, noted that participants who were able to find a way to accept their difficulties, as part of the human condition, were able to reduce their sense of difference potentially helping them to re-engage with others. (Veater, 2016)
9.			Acceptance and finding a way to live with the difficulties was voiced by participants in a number of studies as an important part of moving forward (Cadario et al., 2011; Meadus, 2007; Simmonds et al., 2014; Woodgate, 2006). (cité dans Veater, 2016)

#	Antécédents	#	Extraits reliés (source)
10.	Acceptance of illness (Yip, 2005)		

ANNEXE D. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX CONSÉQUENTS

#	Conséquents	#	Extraits reliés (source)
1.	Atteinte d'un bien-être émotionnel		
1.			The wider aims of recovery including quality of life and social relationships. (Grealish et al., 2016)
2.			Highlights young people's goals for ongoing community music engagement for wellbeing (Hense et al., 2014)
3.			Promotes the wellbeing (Hense et al., 2014)
4.			Their musical aspirations illustrate their visions for community-based musical participation for ongoing wellbeing. (Hense et al., 2014)
5.			When full and lasting recovery is viewed as possible, treatment is viewed as a temporary assistance to regain and restore well-being (Hess et al., 2014)
6.			In future they may face similar struggles when they no longer have the immediate support of school, family or friends and it is important that they can recognise warning signs early and learn to respond positively in order to maintain their wellbeing long-term. (Knightsmith, 2017)
7.			Become healthier (Knutson et al., 2013)
8.			A voluntarily maintained lifestyle composed of sobriety, personal health, and citizenship" (Lal, 2010)
9.			Improved wellbeing (More et al., 2018)
10.			For instance, one youth commented, "I'm just feeling good about myself now I'm starting to get back into working out", and another noted, "I think [exercise] has improved my confidence a bit you know, made me feel better about myself". (More et al., 2018)
11.			Person comes to live a meaningful life (Mulvale et Bartram, 2009)
12.			Live a meaningful life in a community of his or her choice while striving to reach his or her full potential" (SAMHSA, 2004, Background section, para. 4). (cité dans Mulvale et Bartram, 2009)
13.			Recovery is fundamentally about hope, about inspiring and supporting a vision of optimism for the future that can help to sustain improved quality of life and more successful functioning. (Oswald, 2006)

#	Conséquents	#	Extraits reliés (source)
		14.	The possibility of achieving a meaningful and more resilient life irrespective of mental health “symptoms” or disabilities. (Vallejos et al., 2016)
		15.	Allows the adolescent to continue to progress toward a satisfying and productive adult life. (Ward, 2014)
2.	Amélioration du bien-être psychologique		
		1.	At the end of the psychotherapy trial, those who recovered, compared with those who did not recover, were found to have significantly lower interviewer-rated and self-reported depression scores, fewer cognitive distortions, less self-reported and parent-reported parentchild conflict. (Birmaher et al., 2000a)
		2.	Higher functioning (CGAS: RR, 1.06; 95 % CI, 1.03-1.09; $P \downarrow .001$), and lower interviewer-rated depression at the end of the psychotherapy trial (Dep-13: RR, 0.38; 95 % CI, 0.21-0.70; $P = .002$) were significantly associated with recovery. (Birmaher et al., 2000a)
		3.	Recovery was eventually achieved by most participants, along with substantial improvement in functional status (Birmaher et al., 2000a)
		4.	Better global functioning (Bonnett, 2016)
		5.	Normalizing eating patterns and the return of flexibility in eating (Campbell et Peebles, 2014)
		6.	Psychological recovery includes improved self-esteem and age-appropriate interpersonal, psychosocial, and occupational functioning. (Campbell et Peebles, 2014)
		7.	This view emphasizes the restoration of functioning (Hess et al., 2014)
		8.	Ultimately, some kind of sustained symptom relief to the point of a functional state can be portrayed as a form of recovery (Jamison, 1997; Woolis, 2003). (Hess et al., 2014)
		9.	In randomized trials, IPT-A participants reported significantly fewer depressive symptoms, met depression recovery criteria (Jackson et Lurie, 2006)
		10.	Recovery, was defined as the absence of the relevant symptoms or at most one any, subclinical symptoms of the pertinent syndrome. (Kovacs et al., 1994)
		11.	Recovery is generally understood in terms of a clinical or curative outcome that involves symptom resolution (Lal, 2010)
		12.	Recovery from anxiety disorder was defined as the absence of sufficient DSM-ZZZ-R criteria by the end of the followup period for diagnosis of the original disorder(s). (Last et al., 1996)

#	Conséquents	#	Extraits reliés (source)
13.			The period used to designate people recovered from other chronic disorders is usually 5 years without active symptoms. (White, 2002, p. 29). (cité dans Moberg et Finch, 2007)
14.			In the following text we use the word 'recovery' for no longer diagnosis of AN. (Nehring et al., 2014)
15.			Recovery was defined as the absence of a diagnosis of any eating disorder. (Nilson et al., 2008)
16.			Long-term recovered (group 1) individuals decreased significantly on O-C symptoms and increased in GAF. (Nilson et al., 2008)
17.			As the recovery continued, general psychiatric symptoms, including O-C symptoms and eating disorders symptoms decreased. (Nilson et al., 2008)
18.			Recovery is fundamentally about hope, about inspiring and supporting a vision of optimism for the future that can help to sustain improved quality of life and more successful functioning. (Oswald, 2006)
19.			Recovery was something that happened once time had passed and was only considered complete once they were symptom free (Simmonds et al., 2014)
20.			Lead to decreases in depressive symptomatology and, ultimately, the remission of depression. (Voelz et al., 2003)
 3. Amélioration du bien-être sur le plan social			
1.			At the end of the psychotherapy trial, those who recovered, compared with those who did not recover, were found to have significantly lower interviewer-rated and self-reported depression scores, fewer cognitive distortions, less self-reported and parent-reported parentchild conflict. (Birmaher et al., 2000a)
2.			Less social disability (Bonnett, 2016)
3.			Being able to talk to others, assimilating the reactions of others (Bonnett, 2016)
4.			The wider aims of recovery including quality of life and social relationships. (Grealish et al., 2016)
5.			Experiences of these changes formed a process of recovery of musical identity in which musical experiences of pathology in acute illness were bridged through processes in music therapy into social wellbeing in later recovery. (Hense et al., 2014)
6.			Promotes the wellbeing of individuals through their engagement in communities, (Hense et al., 2014)
7.			Illustrate their visions for community-based musical participation for ongoing wellbeing. (Hense et al., 2014)

#	Conséquences	#	Extraits reliés (source)
8.	One psychiatric rehabilitation text, for instance, defines recovery as “managing symptoms, reducing psychosocial disability, and improving role performance”. (Hess et al., 2014)		
9.	Had improved social relationships, particularly with peers and romantic partners, when compared to members of a clinical monitoring control group. (Jackson et Lurie, 2006)		
10.	Restoration of social and occupational functioning. (Lal, 2010)		
11.	Recovery relationships (More et al., 2018)		
12.	In this theme, youth and staff described that exercise participation had contributed to improving youths' relationships with peers, staff, family, and friends (Table S3). One youth participant noted, for example, that exercising together had improved his relationships with peers undergoing treatment, “Karl, I wanted to punch his face out you know ... [but] we had a good workout, and then he came up and apologized; it was good. I did my workout, he did his workout, he had his time to think, when I started working out I wasn't thinking about that, I was thinking about, “am I having my back straight, are my shoulders straight like you are teaching me”, and [after] he come up and apologized, so we're good”. In some instances, youth also described improved relationships with family, “doing fitness has actually given me a better relationship with my sister because she's into [exercise], and now I'm going to join a gym, and now I'm into it, so that's helped with my sister”. Youth also commented on the peer support developed through the program; for example, “the motivational environment too, you've got other people next to you, “another one mate, another rep, another one, another one”, and probably another thing would be the peers with you as well ... you can kind of call it good peer pressure in a way ... in a group, encouraging one another”. (More et al., 2018)		
13.	Staff members also noticed this outcome, with one staff member commenting, “you can see them supporting each other, like, “oh yeah I'll count for you” and “I'll time for you”. Youth also reflected on the potential relationship-building capacity of exercise during the process of re-entering the community. For example, one youth commented, “drugs are a social part of my life and all of that sort of stuff, but the wider [benefits] of [exercise], it all helps build relationships with other people, especially the non-drug users and, they're the type of people I want to hang out with more, so if I do more recreational [exercise] that doesn't involve drugs then I'll be improving relationships with other people as well”. (More et al., 2018)		
14.	Staff also commented on the opportunity that exercise had provided for rapport building between youth and staff. For example, one staff member commented, “if they need a little bit of assistance it's the rapport-building time, so it gives us that time to break out of being an authoritative person in their life to being a supportive person, so that's a huge impact on our rapport with them”. (More et al., 2018)		
4.	Utilisation de stratégies adaptées		
1.	Increases potential for collective action towards positive social change through the raising of social expectation. (Hense et al., 2014)		

#	Conséquents	#	Extraits reliés (source)
2.	In future they may face similar struggles when they no longer have the immediate support of school, family or friends and it is important that they can recognise warning signs early and learn to respond positively in order to maintain their wellbeing long-term. (Knightsmith, 2017)		
3.	Cravings and withdrawals (More et al., 2018)		
4.	Cravings and withdrawals. Meaning units in this theme described the role of exercise in helping ease cravings and withdrawals. Most commonly cited within this theme was that exercise acted as a behavioral (i.e., doing exercise in place of substance use) and/or cognitive (i.e., exercise as a distraction from thinking about substance use) replacement technique. With respect to the notion of using exercise instead of drugs, one youth highlighted, “[exercise] has kept me busy, so when I'm here [exercising] I'm not worrying about drugs or anything, not thinking about them”. On the same issue, another youth commented, “to be honest, I reckon you could replace drugs with exercise you know, you could replace [drugs] with a workout, hard drugs, or even if it's soft drugs you know, any drug, I reckon you could replace it honestly”. (More et al., 2018)		
5.	Similarly, in terms of using exercise to distract oneself from thoughts about substance use, one youth commented, “[exercise] sort of stopped the cravings, you know they are still there, but it just makes me not think about them as much”, and another youth participant noted succinctly, “[exercise] takes my mind off stuff, just distracts me from you know, drugs”. Staff observed this effect among youth, with one staff member detailing, “I heard feedback at one point where the young 5 people had said not once when they're exercising do they think about drug use”. Another staff member supported this statement, noting, “[exercise] is almost a way of blocking it out, as if they've never been in that situation where they've used before, so I mean that for me, I love hearing that because ... if they're not thinking about drug use at that time then it's good, that's positive, it's so positive”. (More et al., 2018)		
6.	For instance, one youth commented, “I'm just feeling good about myself now I'm starting to get back into working out”, and another noted, “I think [exercise] has improved my confidence a bit you know, made me feel better about myself”. (More et al., 2018)		
7.	Most of my mental health has improved, some of it I'm still working on it, some of it needs more fitness so I'm still working, but my stress levels, my anger, self-confidence, my insecurities, all that's improved since I've been working out”. (More et al., 2018)		
8.	Another youth also identified that exercise helped manage his anxiety, “I have major anxiety problems ... [exercise] helps get my mind off things ... it's better than having the thoughts while I'm here ... when I go back to the house after as well, because I think, “oh yeah, I need to have a shower and stuff”, gets my mind off things easier”. (More et al., 2018)		
9.	With respect to the establishment of a sense of routine (see “routine” theme), youth appeared to appreciate the role of the exercise sessions in offering structure to their daily and weekly activities. Importantly, if this sense of structure can be maintained throughout recovery, this may contribute, in part, to addressing the increased susceptibility toward deviant behaviors (e.g., criminal behavior, further substance abuse, dangerous driving) and difficulties meeting school, work, and/or familial responsibilities that can exist alongside—and as a result of—a SUD (Osgood et al., 1996). (cité dans More et al., 2018)		

#	Conséquents	#	Extraits reliés (source)
5.	Changement dans la sécrétion d'hormones		
1.			In contrast with the persistent reduction in GH secretion after stimulation found in subjects who had recovered from depression across the life span, the biological changes triggered by stress appear to be reversible when the stress is removed (eg, the child is placed in a supportive environment). (Birmaher et al., 2000b)
2.			The subgroup of depressed children who recovered from their depression secreted less PRL during sleep, and more while awake, compared to when they were acutely depressed. (Hardman et al., 1999)
3.			Interestingly, we also found that depressed children with delusions/hallucinations had a greater increase in PRL secretion during the awake period while recovered, compared to the nonpsychotic depressed children. Similar results were reported by Waterman et al (1994) in depressed psychotic adolescents. These findings are provocative because adolescents with psychotic depression are at high risk to develop bipolar disorder (Strober and Carlson 1982), and adult studies have reported abnormal PRL secretion in bipolar patients (Mendlewicz et al 1980). (Hardman et al., 1999)
6.	Développement d'un autre TSM		
1.			The results indicated that adolescents with a past history of dysthymic disorder continue to experience an elevated level of depressive symptomatology despite meeting rigorous criteria for recovery. (Klein et al., 1997)
2.			Psychiatric comorbidities, such as depression and compulsive behaviors, are frequent phenomena during and after recovery of eating disorders (Nehring et al., 2014)
7.	Présence de difficultés de fonctionnement social		
1.			These data suggest that adolescents with dysthymic disorder continue to experience significant difficulties in psychosocial functioning even after recovery. (Klein et al., 1997)

ANNEXE E. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – ESPOIR

#	Référent empirique relié à l'espoir	#	Extraits reliés (source)
1.	Capacité à penser au futur		
		1.	Positioning hope as part of a cognitive construct involving future planning. (Bonnett, 2016)
		2.	A number of different aspects of future-oriented thinking have been outlined, including the ability to think about the future, extension of thinking into the future, orientation towards future goals and the valence of future events. (Harvey, 2016)
		3.	Ability to conceptualise the future and the valence of future-thinking (i.e. the perceived likelihood of positive or negative events occurring in the future. (Harvey, 2016)
		4.	How they envisaged the future (John et al., 2015)
		5.	About inspiring and supporting a vision of optimism for the future (Oswald, 2006)
2.	Présence de pensée optimiste		
		6.	Increasing optimism through (Bonnett, 2016)
		7.	I can see how my life could be better. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		8.	I have no life. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
		9.	I am hopeful about my future. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		10.	Being resilient, positive and forward looking. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		11.	Optimistic attitude and higher expectation of recovery. (Knutson et al., 2013)
		12.	Have increased positive thinking, with feelings of healing and hope (Knutson et al. 2013)
		13.	Enhancing attributional style and positive life events (Voelz et al., 2003)

#	Référent empirique relié à l'espoir	#	Extraits reliés (source)
3.	Avoir confiance en l'atteinte de ses buts – être positif concernant le futur		
		14.	Elements of hope involves goals, a sense of agency and pathways (Bonnett, 2016)
		15.	Dynamic life force characterised by a confident yet uncertain expectation of achieving a future goal...which to the hoping person is realistically possible and personally significant' (Bonnett, 2016).
		16.	Talks positively about the future. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		17.	Talks about how he or she will use his or her talents in the future. (Recovery Questionnaire - parent report of young person; John et al., 2015)
		18.	A sense of hope that leads to recovery is the individual's belief that recovery is possible. (Kaplan et Racussen, 2013)
4.	Croire qu'il est possible de vivre avec/malgré les symptômes reliés au TSM		
		19.	Recovery assessments would also aim to elicit the respondents' perception of the possibility of living with symptoms rather than focusing on their reduction. (John et al., 2015)
		20.	My problems will always ruin my life. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
		21.	Knowing that there are other people my age with similar problems makes me feel better. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		22.	Recognizes that he or she is not the only one with these difficulties (Recovery Questionnaire - parent report of young person; John et al., 2015) item inversé
		23.	Redefining hope (Ward, 2014)
5.	Maintien de l'espoir malgré les moments difficiles		
		24.	Appreciates the good things in his or her life. (Recovery Questionnaire - parent report of young person; John et al., 2015)
		25.	Tries hard to stay positive. (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		26.	has no hope that things will get better. (Recovery Questionnaire - parent report of young person; John et al., 2015) item inversé
		27.	Maintain hope during ups and downs on their recovery journey (Knutson et al., 2013)

ANNEXE F. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – EMPOWERMENT

#	Référent empirique relié à l'empowerment	#	Extraits reliés (source)
1.	Prendre ses décisions	1.	Engage with the decisions made about their care. (Bruder et al., 2017)
		2.	Exert influence over their care, decision-making, and other difficulties. (Grealish et al., 2016)
		3.	Choose help that they perceive as useful to their own recovery. (Henriksen, 2014)
		4.	I found it very satisfactory to find the solutions myself. (Henriksen, 2014)
		5.	Tim chose to use his newly developed musical skills to connect with other people again. (Hense et al., 2014)
		6.	She did it all on her own ...it was all her... She made decisions internally. (Hess et al., 2014)
		7.	Part of this is about trusting them to make their own decisions. Young people need to think for themselves, so when they are faced with making choices, they will ask, 'Is this good for me?' (Higham et Martynchyk, 2016)
		8.	Make his own decisions. (<i>First person recovery: A mother's love is indeed unconditional</i> , 2005)
		9.	Sense of agency – a sense of 'I can'. (Kaplan et Racussen, 2012)
		10.	Active decisionmaking. (Kaplan et Racussen, 2012)
		11.	Develop confidence by problem-solving, goal-setting and focusing on your strengths. (Knutson et al., 2013)
		12.	Problemsolving. (Knutson et al., 2013)
2.	Sentiment de contrôle	13.	Having a renewed sense of control over their own lives (Bonnett, 2016)
		14.	This involved a process of gaining control [over their own lives] (Bonnett, 2016)
		15.	Young people (re) gained some control and independence over their lives which led to moving forwards (Bonnett, 2016)

#	Référent empirique relié à l'empowerment	#	Extraits reliés (source)
		16.	Individuals who have the capacity to take control are likely to experience empowerment. (Grealish et al., 2016)
		17.	That may increase the participants' self-efficacy and their expectations regarding their responses. (Henriksen, 2014)
		18.	I'm a firm believer in medication because . . . I think therapy is good, but it doesn't help if you're not calmed down. (Hess et al., 2014)
		19.	A condition from which they could take increasing control of their life and reestablish a place in society. (Hess et al., 2014)
		20.	developing self-efficacy. (John et al., 2015)
		21.	I can help my child become more independent. (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		22.	Is more in control of his or her emotions than before (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		23.	Increased empowerment and control. (John et al., 2015)
		24.	Rebuilding, reclaiming or taking control of one's life. (Knutson et al., 2013)
		25.	Power, agency, self-determination. (Lal, 2010)
		26.	I own the illness; the illness doesn't own me. (Leavey, 2005)
		27.	Regaining Control (Veater, 2016)
		28.	Overcoming stigma (Ward, 2014)
		29.	Empowerment and control over one's life (Ward, 2014)
		30.	Take control of her own recovery (Wells et al., 2016)
3.	Mettre en action ses décisions		
		31.	Expressing Agency. (Henriksen, 2014)
		32.	Understood that substantial personal effort is necessary. (Hess et al., 2014)

#	Référent empirique relié à l'empowerment	#	Extraits reliés (source)
		33.	I am too frightened to do anything. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
		34.	Is able to work through problems he or she encounters (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		35.	By greater problem understanding and engagement (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		36.	Becoming an active part of their healthcare team. (Knutson et al. 2013)
4.	Responsabilisation		
		37.	Another individual emphasized, “I’m responsible every single day for doing this mental inventory [of] “where am I at?” and when I notice the warning signs it’s my responsibility to do whatever it is I need to do. Whether I need to get in and see the doctor, get my medication adjusted, make an appointment, etc.” (13). In this sense, the primary focus of personal choice and responsibility in the process of recovery becomes seeking and complying with treatment. (Hess et al., 2014)
		38.	Takes responsibility for doing things that will help him or her overcome. (Recovery Questionnaire – parent report of young person; John et al., 2015)
		39.	Involve periods of active engagement with recovery, taking responsibility and control (John et al., 2015)
		40.	What comes with the power to make decisions is the responsibility for those decisions. (Kaplan et Racussen, 2012)
		41.	Appraise the consequences of their decisions for themselves and for others, and in relation to achieving their goals. (Kaplan et Racussen, 2012)
		42.	Through responsibility. (Kaplan et Racussen, 2012)
		43.	Take responsibility for your actions and seek help for your needs. (Knutson et al., 2013)
		44.	Taking responsibility. (Knutson et al., 2013)
		45.	Personal responsibility agency/self-determination. (Lal, 2010)
		46.	They needed to take charge of their health in order to recover. (Veater, 2016)

ANNEXE G. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – RÉSEAU DE SOUTIEN POSITIF

#	Référent empirique relié au réseau de soutien positif	#	Extraits reliés (source)
1.	Réception de soutien de son réseau		
		1.	Role of parents as one of support, either in recognising early mental health changes prompting the seeking of treatment or providing encouragement (Bonnett, 2016)
		2.	being generally supportive as recovery progressed, '[mother] is the one who's always talking to me...she's guiding me along I guess' (Bonnett, 2016)
		3.	Receiving support to those sharing similar difficulties (Bonnett, 2016)
		4.	Sustained and enduring social support from friends and family along the way. (Hess et al., 2014)
		5.	Caring relationships. (Higham et Martynchyk, 2016)
		6.	Supportive and warm relationships. (Higham et Martynchyk, 2016)
		7.	There to support me (Higham et Martynchyk, 2016)
		8.	Developmentally appropriate and empathic support to talk about their reactions, thoughts, and feelings (Jackson et Lurie, 2006)
		9.	Such as the subscale assessing social isolation. (John et al., 2015)
		10.	Helping patients to discover their resilience and possibilities, promoting conversations which are uplifting and inspiring. (Kaplan et Racussen, 2012)
		11.	Family Support. One female and three males stated it was important to have ongoing family support. (Leavey, 2005)
		12.	Social support (Leavey, 2005)

#	Référent empirique relié au réseau de soutien positif	#	Extraits reliés (source)
		13.	Finding Comrades. (Veater, 2016)
		14.	Community support. (Yip, 2005)
		15.	Mutual aid group or supportive friends. (Yip., 2005)
2.	Sentiment d'être bien dans son réseau	16.	Mark expressed warmth towards his friends helping him stay off drugs and a sense of feeling good and that friendship was something possible for him. (Bonnett, 2016)
		17.	Sense of belonging (Hense et al., 2014)
		18.	Started trusting the staff more. (Higham et Martynchyk, 2016)
		19.	While making sure they didn't force me into situations or conversations that I felt uncomfortable with. (Higham et Martynchyk, 2016)
		20.	I enjoy being with my friends. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		21.	I do not feel alone anymore. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		22.	Feel safe and secure, with freedom from violence, injury or abuse. (Knutson, et al., 2013)
		23.	Feel they had a safe place to relate to one another. (Leavey, 2005)
		24.	Safe and comforting environment (Legerski et King, 2015)
		25.	Parents, and other attachment figures, also play a collaborative role, as the therapist works with them to develop a home environment that promotes a feeling of safety and reassurance. (Legerski et King, 2015)
3.	Compréhension de la part de son réseau	26.	Being around people who saw their condition as not permanent. (Hess et al., 2014)
		27.	Being surrounded by staff who can provide the empathy and care they deserve and crave is crucial to their progress. (Higham et Martynchyk, 2016)
		28.	I feel quite alone because nobody understands me. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé

#	Référent empirique relié au réseau de soutien positif	#	Extraits reliés (source)
		29.	People around me understand and can help me. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		30.	Connect with those who understand. (Veater, 2016)
		31.	Knowing that those close to them were trying to understand, that they would be checked on even if they had withdrawn themselves from others, and that others were trying to make a difference in the young person's life. (Veater, 2016)
		32.	The importance of others' understanding. (Veater, 2016)
4.	Présence d'un réseau social ou de relations positives et saines		
		33.	Close friendships (Bonnett, 2016)
		34.	Greater social connectedness (John et al., 2015)
		35.	Have appropriate housing, healthcare and community resources (Knutson et al., 2013)
		36.	Healthy relationships (Knutson et al., 2013)
		37.	Have a place to access her peers. (Leavey, 2005)
		38.	Positive relationships with teachers (Scnhell, 2008)

ANNEXE H. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – PRÉSENCE D’UNE IDENTITÉ POSITIVE

#	Référent empirique relié à la présence d’une identité positive	#	Extraits reliés (source)
1.	Perception de soi positive		
		1.	Formulating an understanding about his identity as acceptable to his peers and society more generally. (Hense, et al., 2014)
		2.	Renewed sense of being a “whole person”. (Hess et al., 2014)
		3.	One’s perception of self relative to others. (John et al., 2015)
		4.	I believe in myself. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		5.	I like who I am. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		6.	Increased perception of one’s abilities. (John et al., 2015)
2.	Distinction entre soi et le TSM		
		7.	Assimilating psychosis as part of their identity. (Bonnett, 2016)
		8.	Construct a sense of self through the new illness experiences. (Hense et al., 2014)
		9.	Distinguishing between the self and the illness by accepting and adapting to a new identity and learning to work from a new frame of reference. (Leavey, 2005)
		10.	They were much more accepting of themselves and addressed having a mental illness in a matter of fact way. (Leavey, 2005)
		11.	Integrated the condition into their identity (Veater, 2016)
		12.	make sense of their identity within the context of OCD. (Veater, 2016)

#	Référent empirique relié à la présence d’une identité positive	#	Extraits reliés (source)
3. Définition ou redéfinition de soi			
13.	Enabled a ‘reshaping of an enduring sense of self’.		(Bonnett, 2016)
14.	In the theme of ‘strengthening of self’ young people re-evaluated their life choices.		(Bonnett, 2016)
15.	‘Reshaping’ of self-identity.		(Bonnett, 2016)
16.	Reconstructing a health-based identity		(Hense et al., 2014)
17.	Made me feel like that’s who I am, and how I should be.’		(Hense et al., 2014)
18.	I’ve noticed in other areas too that I’ve become a bit more, like at the start of my time in this service I was quite reserved and closed off and now I know, now I’m close to my end here, I’ve noticed that I’ve opened up quite a bit...so yeah, I guess also with my music too, it’s become more of a social thing rather than just keeping it to myself.		(Hense et al., 2014)
19.	Building a sense of identity.		(John et al., 2015)
20.	I do not know who I am any more.		(Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
21.	I wish I could be like other people my age.		(Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
22.	I am not different to other people my age.		(Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
23.	Building or rebuilding a healthy sense of self		(Leavey, 2005)
24.	Re-establishing a social identity.		(Leavey, 2005)
25.	Process of forming a new self-definition		(Leavey, 2005)
26.	Negotiating a new self-identity in relation to their difficulties and their friends		(Veater, 2016)
27.	Developing and maintaining identity.		(Ward, 2014)
28.	Reconstruct A’s self-image and self-competence.		(Yip, 2005)

#	Référent empirique relié à la présence d'une identité positive	#	Extraits reliés (source)
		29.	Feels different to other people his or her age. (Recovery Questionnaire – Parent report of young person; John et al., 2015) item inversé
4.	Amélioration de l'estime de soi		
		30.	Enhanced self-esteem and providing a sense of worth. (Bonnett, 2016)
		31.	Young people (re) gained some control and independence. (Bonnett, 2016)
		32.	Includes improved self-esteem. (Campbell et Peebles, 2014)
		33.	Self-esteem comprises an evaluation of one's self-worth. (John et al., 2015)
		34.	I have no confidence in myself. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) item inversé
		35.	Improve self-esteem (Knutson et al., 2013)
		36.	Keep believing in yourself, trying not to lose self-esteem, self-confidence. (Leavey, 2005)
		37.	Improved self-esteem and confidence (Veater, 2016)
		38.	Seeking independence (Bonnett, 2016)
		39.	Is confident. (Recovery Questionnaire – Parent report of young person; John et al., 2015)
		40.	has no confidence. (Recovery Questionnaire – Parent report of young person; John et al., 2015) item inversé
		41.	Is gaining in confidence (Recovery Questionnaire – Parent report of young person; John et al., 2015)
		42.	On the whole, I am satisfied with myself (Rosenberg, 1965)
		43.	At times I think I am no good at all. (Rosenberg, 1965) Item inversé
		44.	I feel that I have a number of good qualities. (Rosenberg, 1965)
		45.	I am able to do things as well as most other people. (Rosenberg, 1965)
		46.	I feel I do not have much to be proud of. (Rosenberg, 1965) Item inversé

#	Référent empirique relié à la présence d’une identité positive	#	Extraits reliés (source)
		47.	I certainly feel useless at times. (Rosenberg, 1965) Item inversé
		48.	I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others. (Rosenberg, 1965)
		49.	I wish I could have more respect for myself. (Rosenberg, 1965) Item inversé
		50.	All in all, I am inclined to feel that I am a failure. (Rosenberg, 1965) Item inversé
		51.	I take a positive attitude toward myself. (Rosenberg, 1965)

ANNEXE I. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DONNER UN SENS À SON EXPÉRIENCE

#	Référent empirique relié au sens donné à son expérience	#	Extraits reliés (source)
1. Compréhension du contexte et des déclencheurs de son TSM			
		1.	Made sense of their difficulties in terms of having a biological basis that is then triggered by environmental factors (Veater, 2016)
		2.	Participants made sense of their difficulties using a psychosocial framework. Participants reported a number of events that precipitated the onset of their difficulties, such as divorce or abuse (Veater, 2016)
		3.	One young person described how their difficulties came about after their boyfriend took his own life (Veater, 2016)
		4.	Another described how theirs began after two family members were diagnosed with Cancer (Veater, 2016)
		5.	She was diagnosed like the same day as my nanna, so they both had cancer, so it was a bit of a trigger. (Veater, 2016)
2. Comprendre son TSM			
		6.	Processing their experiences (Bonnett, 2016)
		7.	Understanding the experience of psychosis (Bonnett, 2016)
		8.	Gaining understanding (Bonnett, 2016)
		9.	Gaining insight into the current situation (Knutson et al., 2013)
		10.	You become more familiar with the problems (Henriksen, 2014)
		11.	Interpreting meaning out of illness experiences is important to creating a sense of coherence (Hense et al., 2014)
		12.	Patients/clients need knowledge (Knutson et al., 2013)
		13.	Understand psychiatric illness (Knutson et al., 2013)

#	Référent empirique relié au sens donné à son expérience	#	Extraits reliés (source)
		14.	Process of understanding that their mental illness was not their “fault.” (Leavey, 2005)
		15.	help to translate the emotional meaning of behaviors between the parent and the child, enabling them to co-construct a trauma narrative that holds developmentally appropriate meaning for both partners” (Leavey, 2005)
		16.	I have a better understanding of my problems. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		17.	I understand my problems. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		18.	I do not understand my problems at all. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) Item inversé
		19.	Greater problem understanding (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		20.	Make sense of their difficulties within either a medical or psychological discourse. (Veater, 2016)
		21.	Participants began to understand their difficulties within differing frameworks (e.g. medical, psychological). (Veater, 2016)
3.	Définition personnelle de son rétablissement		
		22.	To me, knowing when you’ve gotten better is when you’re able to really laugh—and not only laugh on the outside but on the inside too. Recovery is when you’re able to find pleasure and joy... (Hess et al., 2014)
		23.	We have experienced healing and we are whole where we were broken (Hess et al., 2014)
		24.	I can enjoy my life despite having my problems. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		25.	For others, recovery was something that happened once time had passed and was only considered complete once they were symptom free. (Veater, 2016)
4.	Création d’un sens ou d’un nouveau sens à sa vie		
		26.	Participants perceived creative activities such as writing and art as meaningful and for creating a space to process their experiences, in turn leading to less uncertainty; ‘writing really helps...I’ll read from the box from things like two years ago...and then I relate it to [life now]’, ‘I don’t have to feel that way anymore because it’s recorded for me’ (Bonnett, 2016)
		27.	Whilst having a sense of meaning in everyday (Hense et al., 2014)
		28.	Centred around three processes: finding meaning, (John et al., 2015)

#	Référent empirique relié au sens donné à son expérience	#	Extraits reliés (source)
		29.	Develop a sense of meaning or overall purpose in life (Knutson et al. 2013)
		30.	The ability to create a new sense of life meaning (Leavey, 2005)
		31.	Discovering and maintaining meaning in life (Ward, 2014)

ANNEXE J. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – AJUSTEMENT DES BUTS

#	Référent empirique relié à l'ajustement des buts	#	Extraits reliés (source)
1.	Réévaluer ses priorités		
		1.	Re-evaluating priorities (Bonnett, 2016)
		2.	young people re-evaluated their life choices and values by recognising where changes had to be made (Bonnett, 2016)
		3.	It appeared that these were important steps, both in Josh's ability to share his music to achieve his goal of busking. (Hense et al., 2014)
2.	Établissement de buts ajusté et réalisable		
		4.	Formulate the goals in as advantageous and attractive way as possible (Kaplan et Racussen, 2012)
		5.	Young people's having explicitly achievable goals means. (Kaplan et Racussen, 2012)
		6.	Have realistic expectations Ideally we should work with the pupil, their parents and their teachers to ensure that we are setting shared realistic expectations. These expectations will vary from child to child but might be around academic attainment, attendance, sporting performance or participation in class. (Knighsmith, 2017)
		7.	Adjustment. Participants stated that, after the onset of mental illness, they had to alter their self-expectations because of the change in their overall ability to function (Leavey, 2005)
		8.	Establishing goals. (Leavey, 2005)
		9.	I'll never fulfil the expectations I had of myself before (indiscernible) one time, but not now. (Leavey, 2005)
		10.	articulate these into achievable goals for the future (Wells et al., 2016)

ANNEXE K. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DÉVELOPPEMENT DES FORCES ET HABILITÉS

#	Référent empirique relié au développement de forces et habiletés	#	Extraits reliés (source)
1.	Développement de ses forces ou de nouvelles forces		
		1.	Development of new skills (Bonnett, 2016)
		2.	Experiences that help children build skills and feel competent. (Friesen, 2007)
		3.	Building on the multiple capacities (Hess et al., 2014)
		4.	Communication skills (Knutson et al., 2013)
		5.	Adapting and learning new skills post-diagnosis. (Leavey, 2005)
		6.	One's personal qualities, traits and virtues that people possess. (Yip, 2005)
2.	Gain ou augmentation de la résilience		
		7.	Development of resilience. (Bonnett, 2016)
		8.	Increased resilience. (Bonnett, 2016)
		9.	Gaining resilience. (Bonnett, 2016)
		10.	'I haven't recovered, I'm resilient' (Bonnett, 2016)
		11.	"Building resilience in my son is an important part of his recovery" (Friesen, 2007)
		12.	Being resilient. (John et al., 2015)
		13.	They had strength and sense of resilience. (Veater, 2016)

#	Référent empirique relié au développement de forces et habiletés	#	Extraits reliés (source)
3.	Utilisation de ses habiletés et talents		
		14.	Minna explains how learning an instrument in music therapy offered an opportunity to expand her identity to include capacities and skills that she wanted others to see: 'Like, when I can play like, an instrument, you can like a different side of me. I would look more of, not hip hop-ish, but like, sophisticated, like educated...like I have more in store.' (Hense et al., 2014)
		15.	I have abilities and talents. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		16.	process of children who have been severely deprived and traumatised, has taught me that the gradual emergence of the capacity to play is a very important. (Lanyado, 2010)
		17.	One's own talents, with which they can demonstrate their uniqueness and unity. (Yip, 2005)

ANNEXE L. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – DÉVELOPPEMENT DES STRATÉGIES D'ADAPTATION

#	Référent empirique relié au développement des stratégies d'adaptation	#	Extraits reliés (source)
1.	Reconnaissance (auto-observation)		
		1.	Development or recognition of personal coping strategies (Bonnett, 2016)
		2.	Well-known stressors of daily life and negative thought traps were recognized, but they were also associated with strength and coping abilities that may increase the participants' self-efficacy and their expectations regarding their responses: "These thoughts may certainly emerge again, but I know more about what to do or not to do now (Heniksen, 2014)
		3.	Increased awareness of strengths and social re-engagement. (John et al., 2015)
		4.	Awareness. (Lal, 2010)
		5.	Have appropriate insight into their limitations and could use that knowledge in a positive way. (Leavey, 2005)
2.	Gestion des symptômes reliés au TSM		
		6.	Illness management to significantly reduce the impact of mental disorder as individuals develop strategies to "manage the illness." (Hess et al., 2014)
		7.	One psychiatric rehabilitation text, for instance, defines recovery as "managing symptoms, reducing psychosocial disability, and improving role performance" (Hess et al., 2014)
		8.	Common processes were identifiable: change in understanding of problems, in hope, in personal and social identity and in managing problems (John et al., 2015)
		9.	I cope with my problems much better than before. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		10.	I have learnt ways to manage my problems. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		11.	I try my hardest, and if it fails, I try again. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)

#	Référent empirique relié au développement des stratégies d'adaptation	#	Extraits reliés (source)
		12.	Get help and support. (Knutson et al., 2013)
		13.	Patients/clients need knowledge, skills and coping strategies to help relieve symptoms and manage stress to rejoin their unique place in our world. (Knutson et al., 2013)
		14.	Develop personal coping strategies for self-management, mindfulness and stress reduction. (Knutson et al., 2013)
		15.	Cope with feelings of depression, anxiety, frustration or anger. (Knutson et al., 2013)
		16.	Managing symptoms. (Ward, 2014)
		17.	Cultivate resources in resolving their own problems. (Yip, 2005)
3.	Participation à des activités	18.	Engagement in 'normal' activity (Bonnett, 2016)
		19.	Creative activities such as writing and art as meaningful and for creating a space to process their experiences. (Bonnett, 2016)
		20.	Meaningful activity as critical to recovery and referred to opportunities for 'normative' activity (Bonnett, 2016)
		21.	Working, or continuing in school (Leavey, 2005)
4.	Communication et partage de son vécu	22.	Being able to express some of the experiences associated with this time appeared to ameliorate feelings of loss. (Bonnett, 2016)
		23.	Engaging in services or talking to others. (Bonnett, 2016)
		24.	The ability to openly express themselves is important to clients. (Henriksen, 2014)
		25.	Their need to share experiences from their own struggles. (Henriksen, 2014)
		26.	Started confiding in them about my difficulties (Higham et Martynchuk, 2016)
		27.	The child's ability to relate to others, to express difficult feelings and problems and accept help. (John et al., 2015)

#	Référent empirique relié au développement des stratégies d'adaptation	#	Extraits reliés (source)
		28.	Talking about my problems makes me feel better. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		29.	I look for people to talk to about my problems. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		30.	I try not to share my problems with anybody. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) Item inversé
		31.	Verbalize ways to get help and support after discharge. (Knutson et al., 2013)
		32.	Listen and share personal stories with others (Knutson et al., 2013)
5.	Création et entretien de son réseau	33.	Processes of building social relationships (Hense et al., 2014)
		34.	Engagement with family, functioning at school, and outlook on their abilities (John et al., 2015)
		35.	Process of reconnection with others (John et al., 2015)
		36.	I do not see my friends because of how I feel. (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015) Item inversé
		37.	I find ways to be with my friends (Recovery Questionnaire for young people; John et al., 2015)
		38.	Building informal sober social support networks through family and friends. (King et al., 2013)
		39.	Maintain or develop supportive relationships within family, friends and community. (Knutson et al., 2013)
		40.	Show respect for self and others (Knutson et al., 2013)
		41.	Making connections with social support (Legerski et King, 2015)
		42.	Making connections with others. (Veater, 2016)

ANNEXE M. TABLEAU DES EXTRAITS RELIÉS AUX RÉFÉRENTS EMPIRIQUES – PROCESSUS DE CHANGEMENT

#	Référent empirique relié au processus de changement	#	Extraits reliés (source)
1.	Progression		
		1.	How agentic participants considered themselves or identified specific ways pathways. (Bonnett, 2016)
		2.	Progression to recovery (Bonnett, 2016)
		3.	Process of negotiation and assimilation of experience and challenge (Bonnett, 2016)
		4.	Successful progression through developmental tasks occurs in a social context (Bonnett, 2016)
		5.	Ongoing process of change and a way of living, (Henriksen, 2014)
		6.	Common processes were identifiable: change in understanding of problems, in hope, in personal and social identity and in managing problems. (John et al., 2015)
2.	Changement concernant le sentiment d'espoir		
		7.	Can you tell me how your hopefulness has gone up or down since then? (Bonnett, 2016)
3.	Changement concernant la gestion et l'impact des symptômes		
		8.	My problems are not affecting me as badly as before. (John et al., 2015)
		9.	I cope with my problems much better than before. (John et al., 2015)
		10.	Change was defined as an increase or decrease in total Y-OQ scores and was estimated by simply subtracting the last available Y-OQ total score from the initial Y-OQ total score. (Mosier et al., 2001)
		11.	Jacobson and Truax's (1991) second index, the Reliable Change Index (RCI), is formed by subtracting the pretreatment score from the posttreatment score and dividing this difference by the standard error of the differences between the two test scores.

#	Référent empirique relié au processus de changement	#	Extraits reliés (source)
			<p>The RCI is the value that patient change must meet or exceed to be considered statistically significant. The computed RCI value for the Y-OQ is 13, meaning that an individual's score must change by at least 13 points to distinguish between random score fluctuations and meaningful decreases in endorsed symptomatology. These two criteria (cut score and RCI values) were applied to each person in the sample and all patients were subsequently classified as recovered (past normative cutoff score of 46 and made reliable change), improved (made reliable change), unchanged (did not make reliable change), or deteriorated (reliably worsened). In-home patients' scores were also compared to the outpatient cut score of 85. (Mosier et al., 2001)</p>
12.			Reported how participants used a variety of different factors to monitor the ups and downs of their recovery process. This included the prevalence of symptoms, levels of anger and weariness, changes in school grades, changes in and amounts of medications, and reconnecting with others and their faith. (Veater, 2016)
13.			Since I've become psychotic and that, all my views have changed. I view the world differently now. I look at things differently than I used to...I don't want to get back into that lifestyle that I lived before (Veater, 2016)
4.	Changement concernant la compréhension du rétablissement		
14.			Understand the importance of blips Not only are blips inevitable, they are important. (Knightsmith, 2017)
15.			New experiences and different ways of thinking may be important for getting a better life. (Henriksen, 2014)
16.			I was reminded that recovery isn't ever going to be something straightforward—there will always be ups and downs and that's normal

**ANNEXE N. TABLEAU COMPARATIF DES COMPOSANTES DU MODÈLE CHIME
(LEAMY ET AL., 2011) AUX RÉSULTATS DE LA PRÉSENTE ANALYSE DE CONCEPT**

Composantes du modèle CHIME	Attributs correspondant aux composantes du modèle CHIME	Résultats de l'analyse de concept se distinguant des composantes du modèle CHIME
		<i>Antécédents</i>
		Présence du TSM
		Période marquée par des pertes
		Période de crise et de stress
		Acceptation de son diagnostic
		<i>Attributs</i>
(C) Relations sociales	Réseau de soutien positif (C)	
(H) Espoir et optimisme face au futur	Espoir (H)	
(I) Identité	Identité (I)	
(M) Sens à la vie	Sens donné à son expérience (M)	Ajustement des buts (M)
(E) Empowerment	Empowerment (E)	Développement des forces et habiletés (E)
		Développement de stratégies d'adaptation
		Processus
		<i>Conséquents</i>
		Atteinte d'un bien-être émotionnel (M)
		Amélioration du bien-être Psychologique (M)
		Amélioration du bien-être sur le plan social (M)
		Utilisation de stratégies adaptées
		Changement dans la sécrétion de certaines hormones
		Développement d'un autre TSM
		Présence de difficultés de fonctionnement social

ANNEXE O. TABLEAU COMPARATIF ENTRE LES COMPOSANTES DÉTAILLÉES DU MODÈLE CHIME (LEAMY ET AL., 2011) ET LES ATTRIBUTS DU CONCEPT

Composantes du modèle CHIME	Attributs du concept de la présente analyse de concept
Indicateurs de la mesure de la composante ou de l'attribut	
(C) Relations sociales <ul style="list-style-type: none"> - Soutien des pairs - Présence de relations - Soutien des autres - Appartenance à la communauté 	Réseau de soutien positif (C) <ul style="list-style-type: none"> - Réception de soutien de son réseau - Sentiment d'être bien dans son réseau - Compréhension de la part de son réseau - Présence d'un réseau social ou de relations positives et saines
(H) Espoir et optimisme face au futur <ul style="list-style-type: none"> - Motivation au changement - Croire en la possibilité de rétablissement - Avoir des relations inspirantes - Présence de pensées positives - Avoir des rêves et aspirations 	Espoir (H) <ul style="list-style-type: none"> - Capacité à penser au futur - Présence de pensées optimistes par rapport au futur - Croire en la possibilité de vivre avec les symptômes du TSM - Maintien de l'espoir dans les bons moments comme les plus difficiles
(I) Identité <ul style="list-style-type: none"> - Dimensions de l'identité - Reconstruction d'une identité positive - Vaincre la stigmatisation 	Identité (I) <ul style="list-style-type: none"> - Perception positive de soi - Faire la distinction entre soi et le TSM - Définition ou redéfinition de soi - Amélioration de l'estime de soi
(M) Sens à la vie <ul style="list-style-type: none"> - Sens donné à son expérience avec le TSM - Spiritualité - Qualité de vie - Vivre des rôles sociaux significatifs - Atteindre des buts sociaux significatifs - Reconstruire sa vie 	Sens donné à son expérience (M) <ul style="list-style-type: none"> - Compréhension du contexte et des déclencheurs de son TSM - Compréhension de son TSM - Définition personnelle de son TSM - Création d'un sens ou d'un nouveau sens à sa vie
	Ajustement des buts (M) <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation de ses priorités - Établissement de buts ajustés et réalisables
(E) Empowerment <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilisation personnelle - Prendre le contrôle sur sa vie - Concentration sur ses forces 	Empowerment (E) <ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de contrôle sur sa vie ou son TSM - Prendre des décisions - Responsabilisation - Mettre en action ses décisions
	Développement des forces et habiletés (E) <ul style="list-style-type: none"> - Gain ou augmentation de la résilience - Développement de ses forces ou de nouvelles forces - Utilisation de ses habiletés et talents
	Développement de stratégies d'adaptation <ul style="list-style-type: none"> - Développement de la reconnaissance (auto-observation) - Développement de la gestion des symptômes du TSM - Communication et partage de son vécu - Création et entretien de son réseau

Processus

- Progression
- Changement concernant le sentiment d'espoir
- Changement concernant la gestion et l'impact des symptômes
- Changement concernant la compréhension du rétablissement